



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

TEMA:

**“NIVEL SOCIO-ECONÓMICO Y SU INCIDENCIA EN
LA ENFERMEDAD PERIODONTAL”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTORA:

MARÍA EUGENIA VÁSQUEZ ZAMBRANO

DIRECTORA DE TESIS

DRA. VERÓNICA RAMOS LEÓN. Mg. Gs.

POTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN

Dra. Verónica Ramos León Mg. Gs. Certifico que la tesis de investigación titulada **“NIVEL SOCIO-ECONÓMICO Y SU INCIDENCIA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL”**, es trabajo original de **MARÍA EUGENIA VÁSQUEZ ZAMBRANO**, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

**DRA. VERÓNICA RAMOS LEÓN. Mg.Gs.
DIRECTOR DE TESIS**



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“NIVEL SOCIO-ECONÓMICO Y SU INCIDENCIA EN LA ENFERMEDAD
PERIODONTAL”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del tribunal de revisión y sustentación, legalizado y examinado por el Tribunal de la Carrera de Odontología como requisito previo a la obtención del título de:

ODONTÓLOGA

Dra. Ángela Murillo Almache. Mg. Sp.
PRESIDENTE

Dra. Verónica Ramos León. Mg.Gs.
DIRECTORA

Dra. Lilian Bowen Mendoza. Mg. Gs.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Nelly San Andrés Plúa. Mg. Sc.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Tatiana Moreira Solórzano. Mg. Ge.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Julia Morales Loor.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARATORIA

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones presentes en este trabajo investigativo de **“NIVEL SOCIO-ECONÓMICO Y SU INCIDENCIA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL”** pertenece exclusivamente a la autora:

MARÍA EUGENIA VÁSQUEZ ZAMBRANO

DEDICATORIA

Con mucho afecto a mis Padres, la Sra. Filerma Zambrano y el Sr. Patricio Vásquez, en especial a mi Madre, pilar fundamental en todos estos años de estudios.

A mi tía, la Sra. Elvia Zambrano y a mi abuela la Sra. Carmen Cevallos, quienes con esfuerzo y dedicación siempre han estado a mi lado.

A mi novio, Ing. Stalin Intriago, que con inmenso amor, siempre me brindó su apoyo.

A mis compañeros, que con vuestro apoyo, hemos logrado esta meta.

MARÍA EUGENIA

AGRADECIMIENTO

A nuestro Padre Dios, por la vida y el tiempo para poder cumplir esta meta.

Infinitamente a mi madre quien con su inmenso amor, supo ayudarme y brindarme toda la fortaleza para cumplir esta meta; y de seguro muchas más.

A todos mis familiares que de una u otra forma siempre me brindaron su apoyo.

A todas aquellas personas que siempre estuvieron dispuestas a ayudarme a cumplir con los casos clínicos asignados.

A los Docentes, que con gran dedicación me enseñaron y valoraron mi esfuerzo.

Al personal que labora en el Centro de Salud Calderón, por su gran apoyo.

MARÍA EUGENIA

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	i
ANTECEDENTES.....	iii
CAPITULO I	1
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
CAPITULO II	3
2.JUSTIFICACIÓN.....	3
CAPITULO III	5
3.FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	5
3.1.OBJETIVO GENERAL	5
3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
CAPITULO IV	7
4. HIPÓTESIS	7
CAPITULO V	8
5. MARCO TEÓRICO	8
5.1. MARCO INSTITUCIONAL.....	8
5.2. NIVEL SOCIO-ECONÓMICO	10
5.2.1. Las clases sociales	10
5.2.1.1 Clasificación de las clases sociales.....	11
5.2.1.2. La clase alta-alta	11
5.2.1.3. La clase alta.....	11
5.2.1.4. La clase media-alta	11
5.2.1.5. La clase media.....	12
5.2.1.6. La clase media-baja	12
5.2.1.7. La clase baja.....	12
5.2.2. La movilidad social.....	13
5.2.3. Dimensión social.....	13
5.2.4. Educación	14
5.2.5. La educación como sistema social.....	14

5.2.6. El desarrollo socio-económico	15
5.2.7. Economía como ciencia social	15
5.2.8. Empleo	16
5.2.9. Sub-empleo	16
5.2.10. Empleo informal	17
5.2.11. Desempleo.....	17
5.2.12. La pobreza.....	18
5.2.13. Indicadores de pobreza.....	18
5.2.14. Líneas de pobreza	18
5.2.15. Necesidades	19
5.2.16. Enfoque de las necesidades básicas	19
5.2.17. Economía.....	20
5.2.18. Dimensión económica.....	21
5.2.19. Crecimiento económico.....	21
5.2.20. El trabajo	21
5.2.21. La oferta de trabajo.....	22
5.2.22. El ingreso.....	22
5.2.23. Salario	23
5.2.24. El dinero	24
5.2.25. Bienes.....	24
5.2.26. La familia	25
5.2.27. Tipos de familia.....	25
5.2.27.1. La familia extensa o consanguínea	25
5.2.28. Funciones de la familia	26
5.2.29. La vivienda.....	27
5.2.30. La energía eléctrica	28
5.3. ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	28
5.3.1. Concepto de periodoncia	28
5.3.2. El periodonto.....	28
5.3.2.1. Estructuras del periodonto	29
5.3.2.1.1. La encía.....	29
5.3.2.1.2. Papila interproximal	30
5.3.2.1.3. Surco gingival	31
5.3.2.1.4. Ligamento periodontal.....	31

5.3.2.1.4.1. Funciones	32
5.3.2.1.5. Cemento radicular.....	32
5.3.2.1.5.1. Tipos de cementos	33
5.3.2.1.5.2. Funciones	34
5.3.2.1.6. Hueso alveolar	34
5.3.2.1.6.1. Funciones	35
5.3.3. Enfermedad periodontal.....	35
5.3.3.1. Etapas de la periodontitis.....	36
5.3.4. Factores que intervienen en las enfermedades periodontales	37
5.3.4.1. Factores no bacterianos.....	37
5.3.4.2. Factores bacterianos.....	37
5.3.4.2.1 Placa bacteriana	38
5.3.4.2.2. Cálculo dental	38
5.3.4.2.2.1. Cálculo supragingival	39
5.3.4.2.2.2.Cálculo subgingival	39
5.3.4.2.3. Bacterias.....	39
5.3.4.3. Factores sistémicos	40
5.3.5. Síntomas de la enfermedad periodontal.....	41
5.3.6. Exploración clínica de la enfermedad periodontal	42
5.3.7. Grado de inflamación.....	42
5.3.8. Profundidad al sondaje	43
5.3.9. Bolsa periodontal	43
5.3.9.1. Clasificación.....	43
5.3.10. Recesión gingival.....	44
5.3.11. Movilidad dental	44
5.3.11.1. Clasificación.....	45
5.3.12. Furcaciones	46
5.3.13. Halitosis	46
5.3.14. Exploración radiológica de la enfermedad periodontal	47
5.3.15. Defectos óseos	47
5.3.16. Absceso periodontal	49
5.3.17. Histopatología de la enfermedad periodontal	49
5.3.18. Clasificación de la enfermedad periodontal.....	49
5.3.18.1. Periodontitis del adulto.....	49

5.3.18.2. Periodontitis de comienzo temprano	50
5.3.18.3. Periodontitis Prepuberal: Generalizada o localizada	51
5.3.18.4. Periodontitis Juvenil: Generalizada o localizada.....	51
5.3.18.5. Periodontitis ulceronecrotizante	52
5.3.18.6. Periodontitis refractaria	52
5.3.18.7. Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas	53
5.3.18.7.1. Síndrome de Down	53
5.3.18.7.2. Papillon-Lefèvre	53
5.3.18.7.3. Diabetes mellitus.....	53
5.3.19. Consecuencias de la enfermedad periodontal	55
5.3.20. Plan de tratamiento.....	55
5.3.21. Instrumentos de sondaje.....	56
5.3.21.1. Sonda periodontal.....	56
5.3.21.2. Sonda de Nabers.....	56
5.3.21.3. Curetas	56
5.3.22. Raspado radicular	56
5.3.23. Alisado y pulido radicular	57
5.3.24. Farmacoterapia.....	58
5.3.24.1. Amoxicilina.....	58
5.3.24.2. Metronidazol	58
5.3.24.3. Clindamicina	59
5.3.24.4. Azitromicina	59
5.3.25. Higiene dental	59
5.3.26. Control de la placa	59
5.3.27. El cepillado dental.....	60
5.3.28.1. El cepillo dental.....	60
5.3.28.2. Técnicas de cepillado.....	61
5.3.29. Pasta dental.....	61
5.3.30. Seda dental.....	62
5.3.31. La clorhexidina.....	63
5.3.32. Información al paciente	63
5.3.33. Efectos del nivel socioeconómico en la enfermedad periodontal	64
CAPITULO VI.....	66
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	66

6.1.MÉTODO	66
6.1.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	66
6.1.2. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN	66
6.2.TÉCNICAS.....	67
6.3.INSTRUMENTO	67
6.4.RECURSOS	67
6.4.1. Talento humano	67
6.4.2. Materiales	68
6.4.3. Tecnológicos.....	68
6.4.4. Económico	68
6.5. Población	68
6.6. Tamaño de la Muestra	69
6.7. Tipo de muestra	69
CAPITULO VII.....	70
7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	70
7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	70
7.1.1. Análisis e interpretación de los resultados de las encuestas.....	70
7.1.2. Análisis e interpretación de los resultados de las historias clínicas..	125
7.1.3. Graficcuadros comparativos de acuerdo a los objetivos.....	142
7.2. CONCLUSIONES	150
BIBLIOGRAFÍA.....	153
PROPUESTA ALTERNATIVA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRAFICUADROS

GRAFICUADROS DE LAS ENCUESTAS

GRAFICUADRO # 1	70
¿A qué establecimiento de salud acude con más frecuencia para recibir atención odontológica?	70
Análisis e interpretación.....	71
GRAFICUADRO # 2	73
Cuando acude a la consulta odontológica ¿le han realizado el siguiente tratamiento periodontal?	73
Análisis e interpretación.....	74
GRAFICUADRO # 3	75
¿Cada qué tiempo se realiza una limpieza bucal?	75
Análisis e interpretación.....	76
GRAFICUADRO # 4	78
¿Con qué frecuencia acude Ud. a la consulta odontológica?.....	78
Análisis e interpretación.....	79
GRAFICUADRO # 5	80
¿Qué tipo de pasta dental utiliza?.....	80
Análisis e interpretación.....	81
GRAFICUADRO # 6	83
¿Qué implementos de higiene oral utiliza para limpiar sus dientes?	83
Análisis e interpretación.....	86
GRAFICUADRO # 7	85
¿Con qué frecuencia cambia su cepillo dental?	85
Análisis e interpretación.....	86
GRAFICUADRO # 8	88
¿Le duelen los dientes?	88
Análisis e interpretación.....	89

GRAFICUADRO # 9	90
¿Se ha extraído piezas dentales por movilidad?	90
Análisis e interpretación	91
GRAFICUADRO # 10	93
¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?	93
Análisis e interpretación	94
GRAFICUADRO # 11	95
¿Le sangran las encías?	95
Análisis e interpretación	96
GRAFICUADRO # 12	97
¿Tiene Ud. mal aliento (halitosis)?	97
Análisis e interpretación	98
GRAFICUADRO # 13	99
¿Qué tan lejos está éste Centro de Salud de su casa?	99
Análisis e interpretación	100
GRAFICUADRO # 14	102
¿Cuál es el ingreso mensual en el hogar?	102
Análisis e interpretación	103
GRAFICUADRO # 15	104
¿Dispone la vivienda de luz eléctrica?	104
Análisis e interpretación	105
GRAFICUADRO # 16	106
¿Cuántas personas aportan económicamente en el hogar?	106
Análisis e interpretación	107
GRAFICUADRO # 17	108
¿Cuántas cargas familiares tiene Ud.?	108
Análisis e interpretación	109
GRAFICUADRO # 18	110
¿Qué tipo de vivienda tiene Ud.?	110
Análisis e interpretación	111
GRAFICUADRO # 19	113
¿Dispone la vivienda de servicio telefónico convencional?	113
Análisis e interpretación	114
GRAFICUADRO # 20	115

¿Actualmente cuál es su ocupación?	115
Análisis e interpretación.....	116
GRAFICUADRO # 21	118
¿Cuál es el nivel de instrucción educativa del jefe de la familia?	118
Análisis e interpretación.....	124
GRAFICUADRO # 22	120
¿Cuántas personas habitan en la vivienda?	120
Análisis e interpretación.....	121
GRAFICUADRO # 23	123
¿Recibe ingresos económicos provenientes de?	123
Análisis e interpretación.....	124

GRAFICUADROS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

GRAFICUADRO # 1	125
Edad de los pacientes que acuden a la atención odontológica en el Centro de Salud Calderón.	125
Análisis e interpretación.....	126
GRAFICUADRO # 2	127
Sexo de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Centro de Salud Calderón.	127
Análisis e interpretación.....	128
GRAFICUADRO # 3	129
Localización del tártaro supragingival	129
Análisis e interpretación.....	130
GRAFICUADRO # 4	131
Presencia de cálculo subgingival	131
Análisis e interpretación.....	132
GRAFICUADRO # 5	133
Pacientes que presentan movilidad dentaria.....	133
Análisis e interpretación.....	134
GRAFICUADRO # 6	135
Pacientes que presentan recesión gingival.....	135

Análisis e interpretación	136
GRAFICUADRO # 7	137
Pacientes que presentan absceso periodontal.....	137
Análisis e interpretación.....	138
GRAFICUADRO # 8	139
Grados de enfermedad periodontal	139
Análisis e interpretación.....	140

GRAFICUADROS COMPARATIVOS DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS

GRAFICUADRO #1.....	142
Establecer el tipo de ingresos económicos de los pacientes para compararlo con el cumplimiento del tratamiento periodontal.....	142
Análisis e interpretación.....	144
GRAFICUADRO # 2.....	146
Relacionar el nivel educacional de los pacientes con la frecuencia de visitas al odontólogo.....	146
Análisis e interpretación.....	148

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es inseparable de la salud general. Las enfermedades bucales pueden constituir manifestaciones o ser agravantes de ciertos trastornos generales, por lo tanto, toda medida para conservar la salud bucal puede resultar importante para la salud general. Por lo que es conveniente indicar que tanto el factor económico como social, influyen en el grado de afectación de la estructuras de soporte de los dientes como son la encía, hueso y ligamento periodontal; cuando una de estas estructuras empieza a deteriorarse, se tiene la presencia de la enfermedad periodontal o conocida muy antiguamente como piorrea.

Se realiza esta investigación por el interés de conocer como incide el nivel socio-económico en la enfermedad periodontal. Para ello se ejecuta un estudio en el Centro de Salud Calderón con el objetivo de determinar la incidencia del nivel socioeconómico en la enfermedad periodontal de los pacientes que acuden a la consulta odontológica. Para obtener los resultados se aplica una muestra estratificada a 138 pacientes desde los 35 – 75 años de edad. Entre los instrumentos que se utilizan para recoger la información están los formularios de encuestas y fichas clínicas, que permiten determinar que el nivel socio-económico si incide significativamente en la formación de la enfermedad periodontal; por lo que es conveniente el establecimiento de un “Plan de Educación Continua sobre la incidencia de la enfermedad periodontal y su tratamiento” en el Centro de Salud Calderón.

El contenido de esta investigación se basa:

En el Capítulo I se realiza planteamiento del problema en estudio.

En el Capítulo II la correspondiente justificación.

En el Capítulo III se formulan los objetivos generales y específicos.

En el Capítulo IV se plantea la hipótesis.

En el Capítulo V se hace referencia del marco teórico: que consta del marco institucional, *el nivel socio-económico* que es la jerarquía que tiene una persona o grupo con respecto al resto y la *enfermedad periodontal* es la patología que afecta a las estructuras de soporte de los dientes.

En el Capítulo VI se explica la metodología de la investigación.

En el Capítulo VII se realizan los resultados de la investigación, análisis e interpretación de los resultados y las correspondientes conclusiones.

ANTECEDENTES

Diferentes estudios se han realizado sobre la incidencia del nivel socio-económico en la enfermedad periodontal. Así los datos reunidos por la Organización Mundial de la Salud en más de 35 países, revela que la prevalencia de las enfermedades periodontales es superior al 75% entre las personas de 35 - 44 años.

En la región metropolitana de Santiago de Chile, la prevalencia de la enfermedad periodontal en los individuos de 35 - 44 es de 98.78% y de 100% en los individuos de 65 - 74 años, la prevalencia fue mayor en hombres (99.52%) que en las mujeres con un porcentaje de (98.44%). En los individuos del nivel socio-económico bajo (99.47%) y en los de nivel medio-bajo (97.99%), y en los individuos sin enseñanza básica (100%), en lo individuos con enseñanza básica (99.79%) y con enseñanza media (97.55%).

Estudios realizados en el Ecuador, revelan que más del 90% de las personas mayores de 35 años presentan algún grado de enfermedad periodontal, demostrando gran severidad en el 45% de estos casos. Los tipos más comunes de periodontitis detectados en las clínicas de la Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Católica del Ecuador son: periodontitis prepuberal, periodontitis juvenil, periodontitis rápidamente progresiva y periodontitis refractaria.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad periodontal es tan antigua como la humanidad y tiene el triste honor de ocupar el segundo lugar en los problemas de salud bucal. La inflamación continúa en forma progresiva en los tejidos que rodean encías y huesos, hasta provocar la destrucción del ligamento periodontal, provocando la formación de bolsas periodontales.

Este daño causado a los tejidos bucales produce una evidente repercusión negativa en la calidad de vida del individuo. Los aspectos funcionales del sistema estomatognático, como la masticación, deglución, el habla, pueden quedarse comprometidos e incluso la estética de la sonrisa y el autoestima personal.

Globalmente, la presencia de cálculo y los estadios iniciales de la enfermedad periodontal son muy prevalentes en la población adulta. La periodontitis avanzada, aunque menos prevalente, puede causar la pérdida de dientes en un 5 - 15% de la población general; estudios epidemiológicos sugieren, que la enfermedad periodontal es más severa en la población de los países en vías de desarrollo, que presentan un bajo nivel socio-económico, que en la población de países industrializados.

Al Centro de Salud Calderón acuden pacientes a los cuales se les diagnostica enfermedad periodontal en sus diferentes etapas y tipos; pero debido a los escasos conocimientos sobre las causas y efectos de esta patología; no se preocupan por las medidas preventivas y terapéuticas para detener la enfermedad.

Precisamente esta investigación orienta de manera significativa a los pacientes que acuden a la consulta; para que hagan conciencia de lo importante que son las piezas dentarias en la boca y sus funciones, etc. Así mismo se motiven a realizar sus tratamientos en etapas oportunas y poder mejorar de esta manera su estilo de vida.

Así, investigaciones sobre la incidencia de la enfermedad periodontal, son muy importantes, para que los profesionales y gobernantes puedan identificar la prevalencia y la severidad de la enfermedad; y así planear estrategias de salud individual y comunitaria de prevención, tratamiento y control de la enfermedad periodontal.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo incide el nivel socio-económico en la enfermedad periodontal?

CAPITULO II

2. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad periodontal se caracteriza por una pérdida estructural del aparato de inserción de las piezas dentarias, producida por determinadas bacterias, siendo necesaria la presencia de un hospedador susceptible; desde el punto de vista histológico, las características que se pueden hallar son: bolsas periodontales, localización de la unión epitelial apical a la línea amelocementaria, una pérdida de fibras colágenas, una elevada concentración de leucocitos polimorfonucleares en la unión, bolsa epitelial y una migración del infiltrado celular inflamatorio hacia el tejido conectivo.

Se eligió este tema, porque en el Centro de Salud de Calderón acuden muchos pacientes con problemas periodontales agudos, moderados y crónicos; por lo general, estos pacientes tienen poco o ningún conocimiento sobre esta patología, sobretodo en sus planes de tratamiento, por lo cual, es de gran interés realizar esta investigación, ya que es muy favorable para la comunidad, dar a conocer cuáles son las causas más relevantes para que se presente la enfermedad periodontal; a qué grupo de personas afecta más, cuáles son las edades con más predisposición para que se presente la patología y qué zonas son las más afectadas; además no se ha realizado ninguna investigación sobre la enfermedad periodontal en esta población.

Siendo los principales beneficiarios con el desarrollo de este proyecto, la población calderonense, en especial aquellos pacientes que acuden a la consulta odontológica, que tuvieron la oportunidad de conocer las medidas de higiene necesarias para prevenir la periodontitis, y además estar al tanto sobre las causas, efectos y sus respectivos tratamientos.

La realización de esta investigación sirve de gran aporte para las ciencias de salud, sobre todo para el área odontológica y su especialidad la periodoncia, ya que permite dar a conocer los grados de enfermedad periodontal que posee la población calderonense y poder establecer su relación con los niveles económicos.

Para realizar este proyecto, se contó con el apoyo de parte de los miembros de la comunidad de Calderón, los cuales dieron la apertura para llevar a cabo la investigación; además se contó con la colaboración del Director y de los profesionales que laboran en este Centro de Salud; y con material bibliográfico suficiente para desarrollar el trabajo investigativo.

CAPITULO III

3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia del nivel socio-económico en la enfermedad periodontal de los pacientes que acuden a la consulta odontológica del Centro de Salud Calderón.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el grado de salud periodontal de los pacientes que acuden a la consulta odontológica.
- Verificar el acceso a los servicios de salud para constatar el tipo de tratamiento periodontal que reciben los pacientes.
- Conocer los implementos de higiene oral que utilizan los pacientes con enfermedad periodontal para relacionarlos con su nivel de higiene bucal.
- Establecer el tipo de ingresos económicos de los pacientes para compararlo con el cumplimiento del tratamiento periodontal.

- Relacionar el nivel educacional de los pacientes con la frecuencia de visitas al odontólogo.
- Diseñar una propuesta de solución al tema señalado.

CAPITULO IV

4. HIPÓTESIS

El nivel socio-económico incide significativamente en la formación de la enfermedad periodontal en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Calderón.

CAPITULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

El Centro de Salud “CALDERÓN” tuvo sus inicios como Puesto de Salud en agosto de 1969 en el colegio Agropecuario, el mismo que quedaba ubicado frente al parque de la parroquia Abdón Calderón del cantón Portoviejo; como no contaba con local propio, fue trasladado a los abastecedores del mercado donde funcionó por cuatro años, con la presencia de la auxiliar Srta. Milli Suárez.

Posteriormente se trasladó a la Casa Parroquial donde permaneció por un lapso de dos años y luego pasó a funcionar en la Tenencia Política por un espacio de cinco años. A partir de 1970, este Centro de Salud ha acogido a profesionales que cumplen con el año rural. En el año de 1973 se logra obtener un médico, una odontóloga y tecnóloga médica, todos de planta. En 1977 adquiere su propio local durante el gobierno del General Rodríguez Lara.

En la actualidad, el Centro de Salud cuenta con el Director Dr. Carlos Arteaga; Lic. en enfermería Mónica Carreño; Odontóloga de planta Dra. Pilar Pachay; Auxiliar de odontología Sra. Azucena Vera; Lic. Lab. Sra. Nancy Cantos; Auxiliar de Lab. Sra. Mariana Loor, Auxiliar de estadística

Sra. Gema Aragundi y Auxiliar de limpieza Sr. Eduardo Zamora.

A este centro de salud acuden pacientes de más de 20 comunidades; diariamente visitan el departamento de odontología alrededor de 16 pacientes; por lo general, sus niveles de instrucción educativa, son hasta la primaria o han asistido a un centro de alfabetización; entre sus principales labores está la agricultura, que la realizan por lo general los pacientes de sexo masculino; y las pacientes de sexo femenino se dedican a las labores del hogar.

El departamento de Odontología a pesar de que es pequeño, cuenta con un sillón fijo, en el que labora la odontóloga de planta; un sillón portátil que lo utiliza la rural o la interna; dos esterilizadores, una lámpara de luz halógena, un amalgamador, un escritorio, dos sillas, una radio, aire acondicionado y anaqueles para la colocación de materiales odontológicos.

El último registro semestral indica, que un porcentaje de 90 -100 pacientes han presentado enfermedad periodontal, con las principales características: sangrado espontáneo, halitosis, cálculo supragingival, subgingival y movilidad dentaria, a lo que refieren los pacientes, no querer tener sus piezas así, decidiendo extraérselas para la posterior colocación de una prótesis removible.

5.2. NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

“Jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto al resto. Usualmente se mide por el ingreso como individuo y/o como grupo, y otros factores como ser equipamiento del hogar, condiciones generales en las que vive, nivel educativo, etc. Básicamente el nivel socioeconómico puede ser nivel bajo, medio o alto, aunque dependiendo del estudio que se hace, pueden separarse en más niveles”¹.

Como bien lo dice Torres², el ingreso económico está íntimamente vinculado a la educación y las diferencias existentes son sustanciales. Las ocupaciones otorgan ingresos económicos y status. El status provee un marco de referencia para las relaciones sociales al determinar en gran medida lo que la sociedad o grupo espera del individuo.

5.2.1. Las clases sociales

A propósito de la definición de las clases sociales, Rivera dice:

Las clases sociales tienen un orden vertical. Este orden oscila entre el estatus alto y el bajo. La inclusión de los individuos dentro de las clases se realiza a partir del estatus. La pertenencia a un estrato social no impide el desplazamiento de los individuos de uno a otro. A esta posibilidad de desplazamiento se la denomina movilidad social, y vendrá determinada por:

La sociedad: La estructura de la sociedad puede favorecer o limitar la movilidad social. Existen sociedades donde la pertenencia a una clase social se define por el nacimiento y es casi imposible el desplazamiento, como ocurre en algunas castas en la India.

El nivel de desarrollo: Los países más desarrollados proporcionan mayores posibilidades de ascenso por la situación laboral.

¹http://www.alegsa.com.ar/Definicion/de/nivel_socioeconomico.php

² Torres, L (2009). *Ciencias Sociales: Sociedad y Cultura Contemporánea*. 4ta edición). México: Cengage Learning. P.200.

La estructura política: Las sociedades democráticas y sin discriminaciones favorecen el paso de una clase social a otra³.

5.2.1.1 Clasificación de las clases sociales

5.2.1.2. La clase alta-alta

Es el segmento con el más alto nivel de vida. Estas familias poseen grandes patrimonios que generalmente han sido heredados más que adquiridos. Se pertenece a esta clase por origen o nacimiento. Sus hijos estudian en colegios de élite con chicos de su mismo origen social y completan sus estudios en las universidades más prestigiosas.

5.2.1.3. La clase alta

Se considera a los nuevos ricos y pertenecen a ella debido a su esfuerzo; sus hijos estudian en colegios y universidades privadas. El comportamiento de éstos, se ve influenciado, grandemente, por el vestuario, lugares que visitan, lenguaje utilizado, costumbres. Los grupos sociales que forman parte de esta clase alta son la aristocracia (grandes propiedades de tierra), los empresarios industriales, los empresarios financieros.

5.2.1.4. La clase media-alta

Los ingresos medios de los hogares de esta categoría son superiores a los ingresos medios del conjunto de la población. Suelen tener más de una

³Rivera, J. Avellano, R. Morelo, V. (2009). *Conducta del consumidor: estrategias y políticas aplicadas al marketing*. (2da edición). Madrid: Esic. P. 242

vivienda en propiedad y más de un coche. La mayor parte de los hijos suelen tener educación universitaria y se incorporan al mercado laboral en puestos de responsabilidad.

5.2.1.5. La clase media

Profesionales muy valorados y bien pagados. Incluyendo a los que trabajan en los medios de comunicación y en la industria. Poseen generalmente la propiedad de su vivienda habitual y un coche. Sus miembros tienen un nivel educativo relativamente alto, aunque muy probablemente han estudiado en escuelas o universidades públicas.

5.2.1.6. La clase media-baja

Tienen menos prestigio y pueden ser trabajadores de oficinistas, contables, etc. Acumulan algún patrimonio a lo largo de la vida, generalmente su vivienda. Las personas de esta clase suelen realizar algún tipo de formación profesional tras la educación obligatoria. Los hijos asisten a escuelas públicas.

5.2.1.7. La clase baja

Estas personas se las define por un alto nivel de pobreza, carecen de lo esencial para vivir, no tienen ninguna propiedad. Sobreviven entre el desempleo y empleos precarios. Normalmente tienen ayudas sociales. Se

incluyen las personas con pensiones bajas, familias desestructuradas, los desempleados de larga duración o los que están fuera del mercado laboral⁴.

5.2.2. La movilidad social

Como bien lo dice Merino y de la Fuente⁵, designa el paso de una posición de status a la otra; la movilidad se presenta en dos tipos la movilidad vertical y la horizontal con respecto a la pirámide de la sociedad. La movilidad vertical, es decir, cambiar de posición en la estructura social. Esta movilidad vertical puede ser ascendente o descendente. La movilidad horizontal es la geográfica, es decir, la emigración. Se da cuando un individuo logra pasar de una base a otra base.

5.2.3. Dimensión social

Quiroga presenta el siguiente enunciado “En la dimensión social, los indicadores de desarrollo sostenible abarcan los temas de población, trabajo y rendimiento, salud, educación, habitación y aseguramiento, la distribución del ingreso y la calidad de vida de la población vinculados con la satisfacción de las necesidades humanas. La mejora de la calidad de vida y justicia social. [...]”⁶.

⁴<http://www.slideshare.net/bblyn88/clases-sociales>

⁵ Merino, R. de la Fuente, G. (2007). *Sociología para la intervención social y educativa*. (1era edición). España: Complutense. P 107,108.

⁶ Quiroga, R. (2007). *Indicadores Ambientales y de desarrollo sostenible: avances y perspectivas para América Latina y el Caribe*. Chile: Naciones Unidas. P.55.

5.2.4. Educación

“Etimológicamente, la educación tiene dos significados: educare que significa “conducir”, llevar a un Hombre de un estado a otro; y educere que significa “extraer”, sacar algo de dentro del Hombre. [...]. La educación significa, entonces, una modificación del Hombre, un desenvolvimiento de las posibilidades del ser. [...].”⁷. (Ver anexo # 3, imagen 1).

Como bien lo dice Llanos. [et al.],⁸, la expansión del conocimiento ha generado nuevos nichos de ignorancia por lo cual es necesario responder con nuevos programas de alfabetización. Lo que se busca es formar ciudadanos para sociedades globalizadas. El conocimiento y la información son variables claves, en la generación y distribución del poder en nuestras sociedades.

5.2.5. La educación como sistema social

La Educación social es la respuesta del sistema social, a través de sus diferentes agentes intervinientes, para asegurar la integración de sus individuos, integración que se concreta a tres niveles:

- a) Integración económica, asegurando su subsistencia y su integración en los mecanismos de producción y consumo.
- b) Integración cultural, asegurando su identificación con un grupo social dominante, una cultura, un territorio una historia colectiva, unos conocimientos adquiridos
- c) Integración social, a través de la participación en los diversos subsistemas de estructuración de la vida colectiva, asociaciones, barrios, sistema político⁹.

⁷<http://es.scribd.com/doc/7622903/Concepto-de-Educacion>

⁸ Llanos, M. Denegri, M. Amar, J. Abello, R. Tirado, D. (2009). *Aprendiendo a comprender el mundo económico*. Bogotá: Uninorte. P.4.

⁹<http://www.quadernsanimacio.net/marioviche/LIBRO/EDUCSOCIAL.htm>

5.2.6. El desarrollo socio-económico

Menéndez José presenta la siguiente definición del desarrollo socio-económico “Con este concepto se alude al mejoramiento del nivel económico y social de la gente, lo cual significa no solo más y mejores ingresos, sino también más y mejor educación, salud, vivienda y participación cultural y política”¹⁰.

Todos los países están en proceso de desarrollo, aún los desarrollados siguen desarrollándose para evitar un estancamiento y menos un retroceso; el desarrollo económico representa mejores niveles de vida para la población; existiendo un crecimiento del empleo con mejores ingresos para los trabajadores, mejores escuelas en las que puedan educarse mayor número de personas, así como acceder a mejores niveles de servicios de salud. Por su parte el desarrollo social permite que el ser humano se convierta en un miembro activo en la sociedad y pueda disfrutar de sus derechos. **(Menéndez, J. Fundamentos de la economía para la sociedad del conocimiento, 55).** (Ver anexo # 3, imagen 2).

5.2.7. Economía como ciencia social

Como lo dice Mochón¹¹, estudia las relaciones que tienen que ver con los procesos de producción, intercambio, distribución y consumo de bienes y servicios, entendidos estos como medios de satisfacción de necesidades humanas y resultado individual y colectivo de la sociedad. La economía es

¹⁰ Menéndez, J. (2009). *Fundamentos de la economía para la sociedad del conocimiento*. (5ta edición). México: Mc Graw-Hill. P. 286.

¹¹ Mochón, F. (2010). *Principios de economía*. (4ta edición). México: Mc Graw-Hill. P.24.

una ciencia social y se ocupa de descubrir como funcionan las economías de los distintos países. Se concluye que la economía si es una ciencia, aun cuando no se puedan realizar experimentos controlados en un sistema económico, cabe recalcar que si no hubiese escasez ni necesidad de repartir los bienes entre los hombres, tampoco existirían los sistemas económicos ni la economía. El problema de la distribución de ingreso y el problema asociado de la pobreza son tal vez los talones de Aquiles de las economías latinoamericanas.

5.2.8. Empleo

Empleo puede entenderse como la ocupación u oficio, que desempeña una persona en una unidad de trabajo, que le confiere la calidad de empleado; no todos los que emplean su fuerza de trabajo lo hacen para otros. Hay personas que lo hacen para su propio beneficio, llamándose esta forma auto-empleo, donde el uso de su propia fuerza de trabajo, le proporciona ganancias, o a veces, pérdidas.

5.2.9. Sub-empleo

Conjunto de personas que no trabajan un número mínimo de horas a la semana o que lo hacen sólo de modo esporádico, sin suficiente regularidad; existe cuando la ocupación que tiene una persona es inadecuada respecto a determinadas normas; que tiene muy malas condiciones: sin prestaciones, sueldos muy bajos, demasiado tiempo de trabajo, etc.

5.2.10. Empleo informal

Se caracteriza por constituir la relación laboral que se desarrolla sin cumplir con los requisitos establecidos en las regulaciones, sean estas leyes o procedimientos. Entre ellas tenemos: vendedores ambulantes, prestadores de servicios en las calles, limpia vidrios en los semáforos, recolectores informales de basura; este tipo de trabajo ha crecido notablemente en los últimos años. **(Mochón, F. Principios de economía, 137).**

5.2.11. Desempleo

“Es la situación de quienes pudiendo y queriendo trabajar, pierden su empleo o ven reducida temporalmente su jornada ordinaria de trabajo, al menos en una tercera parte, siempre que el salario sea objeto de análoga reducción”.¹²

A propósito del desempleo, Mankiw dice:

Una de las razones por las que las economías siempre tienen algún desempleo es la **búsqueda de empleo**, que es el proceso de emparejamiento de los trabajadores y los puestos de trabajos adecuados. Si todos los trabajadores y todos los puestos de trabajo fueran iguales, de tal manera que todos los trabajadores fueran igualmente idóneos para todos los puestos de trabajo, la búsqueda de empleo no sería un problema.¹³

¹² http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/Trabajadoresdelmar/EmpleoyDesempleo/Desempleo/index.htm

¹³ Mankiw, G. (2009). *Principios de economía*. (4ta edición). España: Paraninfo. P.429.

5.2.12. La pobreza

Como bien lo dice: García¹⁴, La pobreza es un fenómeno económico, social y humano que sigue teniendo una presencia extendida a lo largo del planeta, a pesar de los avances realizados desde mediados del siglo pasado. Falta de recursos materiales necesarios para la subsistencia; así como de las necesidades básicas para vivir, como comida, agua, educación, servicios médicos y refugio. (Ver anexo # 3, imagen 3).

5.2.13. Indicadores de pobreza

“El conjunto de necesidades y los indicadores normalmente considerados han sido los siguientes:

a) *Hacinamiento*: Familias que habitan unidas con más de tres personas por cuarto.

b) *Tipo de casa*: Familias que habitan viviendas inadecuadas (cuartos de alquiler, vivienda precaria).

c) *Servicios sanitarios*: Familias que viven en casas sin ningún tipo de saneamiento.

d) *Educación*: Familias en las que por lo menos un niño en edad escolar (6-12 años) no asiste a la escuela primaria.

e) *Criterios combinados* (que indican una probable falta de ingreso adecuado): Familias con cuatro o más personas por miembro ocupado, en las que su jefe tiene un bajo nivel de educación (asistió hasta dos años a la primaria)”.¹⁵

5.2.14. Líneas de pobreza

A propósito de la definición, Vil dice:

“Con fines de comparación internacional, el Banco Mundial calcula líneas de pobreza internacionales de un dólar y dos dólares en términos de la Paridad de

¹⁴ García, J. Durán, G. Sánchez, A. (2011) *La economía mundial en transformación*. (1era edición). España: Paraninfo. P. 69.

¹⁵<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/123>

Poder de Compra (PPC) de 1993, en la que PPC mide el poder de compra relativo de las monedas de los países. De esta manera, las líneas de pobreza se expresan en una unidad común para todos los países. Se considera en pobreza absoluta todas aquellas personas que viven con menos de un dólar diario y en pobreza relativa aquellas que viven con menos de dos dólares diarios”¹⁶.

5.2.15. Necesidades

“La necesidad es fundamentalmente un sentimiento de falta, de insuficiencia; la reacción psíquica que provoca en el sujeto cualquier ruptura del equilibrio entre las fuerzas internas de su organismo y las del medio cósmico que las rodea”. **(Menéndez, J. Fundamentos de la economía para la sociedad del conocimiento, 108).**

5.2.16. Enfoque de las necesidades básicas

Con un ingreso mayor se podrían sustituir algunos derechos de acceso, de esta manera las necesidades tanto educacionales como de salud podrían ser satisfechas de manera privada. Entiéndase por establecimientos de salud aquellos que realizan, en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas¹⁷.

¹⁶ Vil, E. (2009). *Pobreza y desigualdades en Haití: un análisis*. (1era edición). México: Flacso. P.21.

¹⁷ <http://www.sodeme.org/pdfs/ReglamentoEESSyServApoyoPublicoyNoPublicoDS%2013-2006.pdf>

5.2.17. Economía

Graue presenta la siguiente definición “La economía como ciencia es relativamente joven; nace en el siglo XVIII con Adán Smith, [...]. Dentro de las ciencias sociales, la economía es la más cercana a las ciencias exactas, pues utiliza métodos matemáticos y estadísticos, y sus resultados pueden ser predecibles”¹⁸.

Estudia la evolución de la producción social desde sus formas inferiores a sus formas superiores. La economía positiva es la descripción de como funciona la economía y la normativa es la instrucción de que hacer con la economía. Para estudiar la economía la hemos dividido en microeconomía y macroeconomía. El primero estudia las decisiones de los agentes económicos y la segunda el comportamiento de los agregados.

La estabilidad económica está determinada por muchos factores: el aprovechamiento sensato de los recursos naturales, el crecimiento sostenido de las industrias, la comercialización dentro y fuera del país, las relaciones comerciales con el resto del mundo, la credibilidad de las instituciones fundamentales del país, la calidad del sistema educativo y político, la efectividad de los dirigentes gubernamentales, etc. **(Mochón, F. Principios de economía, 24).**

¹⁸ Graue, A. (2009). *Fundamentos de economía*. (1era Edición). México: Pearson. P. 8.

5.2.18. Dimensión económica

En la dimensión económica, los indicadores buscan describir el desempeño macroeconómico y financiero, y su impacto sobre el consumo de recursos materiales y uso de energía con el fin de medir la eficacia de los procesos productivos y la medida de alteraciones en los patrones de consumo, se encuentran orientados hacia una producción sostenible en el largo plazo. **(Quiroga, R. Indicadores Ambientales y desarrollo sostenible, 55).**

5.2.19. Crecimiento económico

Como bien lo dice Parkin¹⁹, el crecimiento económico es una medida de bienestar de la población de un país o región, un elevado crecimiento económico sería un resultado deseado por las autoridades políticas y por la población. Habitualmente el crecimiento económico se mide en porcentaje de aumento del Producto Interno Bruto real o PIB; y se asocia a la productividad. (Ver anexo # 3, imagen 4)

5.2.20. El trabajo

“Es la actividad humana mediante la cual se adaptan y transforman los elementos de la naturaleza (producción) con el fin de satisfacer las necesidades humanas. No hay que confundir trabajo con fuerza de trabajo, ya que esta es la capacidad física y mental del hombre para trabajar (aunque

¹⁹ Parkin, M. (2007). *Macroeconomía: Versión para Latinoamérica*. (7ma edición). México: Pearson educación. P 91.

no se desarrolle dicha capacidad)". **(Menéndez, J. Fundamentos de la economía para la sociedad del conocimiento, 96).**

5.2.21. La oferta de trabajo

Esto es el número de horas trabajadas, está condicionada fundamentalmente por dos factores: la disyuntiva entre el trabajo y el ocio, y el coste de oportunidad de una hora de ocio. Con estos elementos como referencia cabe afirmar que la curva de oferta individual de trabajo reflejará el número de horas trabajadas según el nivel del salario por hora de trabajo. **(Mochón, F. Principios de economía, 134).**

5.2.22. El ingreso

“Flujo de recursos que recibe en agentes económico correspondiente a las remuneraciones por la venta o arrendamiento de los factores productivos que posee. El ingreso puede ser pagado en bienes y servicios o en dinero; también se puede considerar ingresos todas las transferencias que reciben los agentes económicos tales como subsidios, donaciones por otros”²⁰.

“Una ventaja de ingresos elevada y en alza puede en muchos casos indicar que hay una oferta reducida de personas con un alto nivel educativo, y por su puesto se le da el caso contrario si la ventaja de ingresos es baja y descendente. La consecuencia de haber un número bajo de personas con

²⁰ www.eco-finanzas.com/diccionario/l/INGRESO.htm

un alto nivel educativo en el mercado de trabajo aumenta la desigualdad de ingresos, [...]”²¹.

Ponce presenta el siguiente enunciado “En el 2003, el Bono Solidario fue reformulado y se convirtió en un programa de TMC. Se lo renombró como Bono de Desarrollo Humano (BDH) e incorporó tanto al Bono de Solidario como a la Beca escolar. El objetivo principal del nuevo programa fue la mejora del capital humano entre las personas de escasos recursos en Ecuador”²².

5.2.23. Salario

El salario es la remuneración al factor trabajo; sin embargo, no siempre ha existido el salario, aunque el trabajo existe desde que el hombre habita sobre la tierra. Ya que el salario solo se da en el sistema capitalista y es el pago de la obra o el precio por el uso de la mano ajena. El salario se paga por hora o por día; cuando los pagos son efectuados en forma diaria, recibe el nombre de jornal. El salario es considerado como elemento esencial en el contrato del trabajo, es el medio de subsistir de gran parte de la población. **(Menéndez, J. Fundamentos de la economía para la sociedad del conocimiento, 133).**

²¹ OECD (2011). *Panorama de la educación 2010: indicadores de la OCDE*. España: Santillana P. 118.

²² Ponce, J. (2010). *Políticas educativas y desempeño: Una evaluación de impactos de programas educativos focalizados en Ecuador*. (1 era edición). Quito: FLASCO. P.79.

5.2.24. El dinero

Es todo medio aceptable de pago a cambio de bienes o servicios. El dinero está formado únicamente por billetes y monedas de curso legal; el cuasi-dinero que son aquellas inversiones líquidas en el banco. Están otros activos no tan líquidos, considerados como los bonos que da el gobierno. Y además existe el mercado de capitales que se los considera activos a largo plazo. La existencia de dinero en las sociedades se considera un avance sustancial en su desarrollo. **(Mochón, F. Principios de economía, 30).**

5.2.25. Bienes

Son aquellos objetos materiales que se obtienen pagando cierto precio por ellos, tanto materiales como inmateriales tienen un valor económico; y que por sus características tienen la capacidad de satisfacer necesidades humanas. El término bien es útil para nombrar aquellas cosas que son útiles para quien las posee.

- **Bienes muebles.-** Son aquellos que se pueden comercializar, que pueden ser movidos por una fuerza externa; por ejemplo: electrodomésticos.
- **Bienes inmuebles.-** Son aquellos que no pueden ser trasladados de un lugar a otro; por ejemplo una casa²³.

²³ <http://www.mitecnologico.com/Main/DefinicionConceptoBienes>

5.2.26. La familia

Como lo dice Román - Samot²⁴, la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad, tiene más potencia formadora que ningún grupo social; es aquí donde el infante conquista las habilidades cognitivas y motrices básicas. Está formada principalmente por el papá, la mamá, hermanos, abuelos, tíos y primos. La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica.

5.2.27. Tipos de familia

Como bien lo dice Gutiérrez²⁵

- La familia nuclear.- Solo incluye la madre, el padre los hijos.
- La familia extensa.- Incluye abuelos, tíos, primos y demás parientes.
- La familia compuesta.- Además de padres e hijos; esta incluye personas que poseen vínculos consanguíneos con sólo uno de los miembros de la pareja que ha originado esa nueva familia.

5.2.27.1. La familia extensa o consanguínea

“Se compone de más de una unidad nuclear, se extienden más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo los padres, niños, abuelos, tíos, tíos, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye los

²⁴ Román-Samot, W. (2007). *Derechos Humanos*. Puerto Rico: Lulu.com. P. 103.

²⁵ Gutiérrez, M. (2008). *Las Familias en Bogotá: Realidades y diversidad*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. P. 24.

padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos en una misma casa”²⁶.

5.2.28. Funciones de la familia

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar. Las funciones de la familia son:

Función biológica: se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.

Función educativa: tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.

Función económica: se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.

Función solidaria: se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.

Función protectora: se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos²⁷.

A propósito Pereda, dice:

[...] El concepto de cargas familiares es genérico y describe el ámbito de la institución con base en los criterios de necesidad, uso e interés de la familia. El concepto de gasto es descriptivo de las partidas concretas que deben atenderse con el sistema de cargas. Pero el gasto solo será computable como carga familiar cuando responda a la necesidad familiar y suponga el uso por parte de la familia o de alguno de sus miembros del bien adquirido o servicio disfrutado. [...] ²⁸.

²⁶ <http://www.elpsicoasesor.com/2010/12/los-25-tipos-de-familia-y-sus.html>

²⁷ <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil>

²⁸ Pereda, F. (2007). *Las cargas familiares: El régimen económico de las familias en crisis*. (1era edición). España: La ley. P. 192-193.

5.2.29. La vivienda

Son edificaciones que ofrecen refugio a los seres humanos y le protegen de las condiciones climáticas, además les permiten guardar los bienes adquiridos, y desarrollar sus actividades cotidianas. Las viviendas rurales, están hechas a base de caña guadúa, madera, y antiguamente de adobe; halladas en el campo, tienen a su alrededor grandes espacios de tierra sin edificar, que son útiles para las tareas del campo, como la agricultura y la ganadería. En cambio las viviendas urbanas, ubicadas en las ciudades, tienen menos contacto con la naturaleza y menos espacios verdes; a su vez, contienen usualmente más tecnología y se encuentran más cerca del comercio.

- Vivienda unifamiliar.- Habitada por una sola familia.
- Vivienda plurifamiliar.- Cuando varias familias habitan en la misma vivienda pero en diferentes departamentos²⁹.

“Parte del bienestar al que tienen derecho todas las personas constituye la disponibilidad de condiciones mínimas de habitabilidad, vinculadas al cumplimiento de las más elementales necesidades que permitan condiciones de privacidad y confort, y además expresen la calidad de vida de los miembros de los hogares”³⁰.

²⁹ <http://www.tiposde.org/construccion/219-tipos-de-viviendas/>

³⁰ http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/03_carviv.pdf

5.2.30. La energía eléctrica

“La Energía eléctrica es causada por el movimiento de las cargas eléctricas en el interior de los materiales conductores. Esta energía produce, fundamentalmente, 3 efectos: luminoso, térmico y magnético. Ej: La transportada por la corriente eléctrica en nuestras casas y que se manifiesta al encender una bombilla”³¹.

5.3. ENFERMEDAD PERIODONTAL

5.3.1. Concepto de periodoncia

Es una especialidad de la odontología que estudia la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las patologías que afectan a los tejidos de soporte (hueso, ligamento periodontal, encía) de los órganos dentarios; es importante para mantener el buen funcionamiento del sistema estomatognático; como es la masticación, fonética y estética³².

5.3.2. El periodonto

A propósito de la definición Laserna dice:

El periodonto es un ingenioso sistema de fibras que interconectan la encía y el hueso alveolar a la raíz dentaria, lo que hace que sea el aparato de inserción o tejido de sostén de los dientes. Es el aparato para la fijación natural de los dientes, que sufre modificaciones con la edad, la masticación y el medio bucal. Son los tejidos que se encuentran alrededor del diente, también

³¹ http://newton.cnice.mec.es/materiales_didacticos/energia/electrica.htm

³² www.elia/varez.com/servicios/periodoncia.html

llamados periodonto, peridonto o periodoncio. Peri: alrededor. Odontos: diente³³.
(Ver anexo # 3, imagen 5).

5.3.2.1. Estructuras del periodonto

5.3.2.1.1. La encía

Como lo dice Bascones³⁴, es una fibromucosa formada por tejido conectivo, que protege los procesos alveolares y rodea a los dientes en forma de collar; cuando está sana presenta un color rosado pálido, aunque puede variar su tono, debido a la raza y a la edad presentándose pigmentaciones melánicas, su aspecto es como el de la cáscara de la naranja y firme; no sangran durante el sondeo suave y cuidadoso. La encía se divide de acuerdo a la región que cubren; encía marginal o libre y encía adherida. (Ver anexo # 3, imagen 6).

A propósito de la definición Lindhe, dice:

La encía libre es de color rosado coralino, con superficie opaca y consistencia firme. Comprende el tejido gingival en las caras vestibular y lingual / palatina de los dientes y la *encía interdental o papilas interdentales*. En las caras vestibular y lingual de los dientes, la encía libre se extiende desde el borde gingival en sentido apical, hasta la línea de la encía libre, ubicada a un nivel que corresponde a la *unión cementoadamantina* (UCA o unión cemento adamantina)³⁵.

³³ Laserna, V. (2008). *Higiene dental personal diaria: la correcta higiene dental personal diaria es la base de la prevención de las enfermedades dentales*. Canadá: Trafford PUBLISHING. P. 59.

³⁴ Bascones, A. (2009). *Periodoncia e implantología oral*. Madrid: Lexus. P. 50.

³⁵ Lindhe, L. (2009). *Periodontología clínica e implantología odontológica*. (5ta edición). Buenos Aires: panamericana. P. 6.

Echeverría presenta la siguiente definición, “El colágeno es el principal componente de la encía, aunque existen también estructuras vasculares, nerviosas, fibroblastos y una matriz intercelular formada por glicoproteínas y proteoglicanos. El colágeno está organizado en haces y redes fibrilares formando grupos con diferentes orientaciones, pero que, en todo caso, ofrecen al diente protección, soporte y estabilidad.”³⁶.

El tejido que recubre externamente la encía se denomina epitelio gingival, a nivel interno, se llama epitelio sulcular y se continúa con el epitelio de inserción que une a la encía con el esmalte dentario. La función principal del epitelio gingival es proteger a las estructuras profundas y permitir un intercambio selectivo con el medio bucal.

- Epitelio gingival.- Este mira hacia la cavidad oral.
- Epitelio sulcular.- Este mira hacia el diente.
- Epitelio de unión.- Adhiere el diente a la encía. **(Echeverría, J. Echeverría, A. Manual de periodoncia, 3).**

5.3.2.1.2. Papila interproximal

Es parte de la encía que ocupa los espacios interdentes, la forman dos papilas la vestibular y la lingual, unidas entre sí por una depresión que se conoce con el nombre de silla de montar o col. Su forma en los dientes anteriores tiene forma de pirámide, mientras que en los molares son aplanadas en sentido vestíbulo-lingual. Pueden variar su tamaño y forma

³⁶ Echeverría, J. Echeverría, A. (2007). *Manual de periodoncia*. Madrid: Ergon. P. 3,4.

dependiendo de las superficies proximales de los dientes, de las superficies óseas, de la línea amelocementaria. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 51).**

5.3.2.1.3. Surco gingival

Es la hendidura o espacio virtual formado entre la superficie dentaria y el epitelio del surco, en cuyo espacio encontramos el fluido gingival. Limita coronalmente con el margen gingival libre y apicalmente con el inicio del epitelio de inserción. Cuando este espacio esta sano tiene una longitud de 0.5 a 3mm. Cualquier tamaño mayor se considera patológico y se le llama bolsa periodontal. **(Echeverría, J. Echeverría, A. Manual de periodoncia, 7).** (Ver anexo # 3, imagen 7).

5.3.2.1.4. Ligamento periodontal

El ligamento periodontal es el tejido blando altamente vascularizado y celular que rodea las raíces de los dientes y conecta el cemento radicular con la pared del alvéolo. [...]. El espacio para el ligamento periodontal tiene la forma de un reloj de arena y es más angosto a nivel del centro de la raíz. El espesor del ligamento periodontal es de 0,25mm aproximadamente (entre 0,2 y 0,4mm). **(Lindhe, L. Periodontología clínica e implantología odontológica, 28).**

El ligamento periodontal esta formado por fibras conectivas que unen el diente con el hueso alveolar (fibras de Sharpey), formando redes con variables orientaciones. Por lo tanto, el diente presenta cierta capacidad para moverse en el seno del alveolo, y éste, a su vez, es también capaz de ensancharse o estrecharse de acuerdo con las presiones/tensiones que se ejerzan sobre el diente. **(Echeverría, J.**

Echeverría, A. Manual de periodoncia, 10,11). (Ver anexo # 3, imagen 8).

5.3.2.1.4.1. Funciones

- “Resistencia al impacto de las fuerzas oclusales.
- Transmisión de las fuerzas oclusales al hueso.
- Función oclusal.
- Función formativa.
- Función nutritiva y sensorial”. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 68).**

5.3.2.1.5. Cemento radicular

“El cemento es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz dentaria [...] Carece de inervación, aporte sanguíneo directo y drenaje linfático. Cubre la totalidad de la superficie radicular, y en ocasiones, parte de la corona de los dientes humanos. El cemento experimenta solamente pequeños cambios de remodelación”. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 69).**

Entre sus componentes estructurales tenemos:

- **Cementoblastos.-** Están localizados en ligamento periodontal a nivel del cemento, que pueden estar en fase activa o inactiva; los que se encuentran en fase activa se localizan en el tercio medio y apical. (Ver anexo # 3, imagen 9).

- **Cementocitos.-** Una vez que los cementoblastos quedan atrapados en el cemento mineralizado, se les denomina cementocitos. Estos se alojan en cavidades denominadas cementoplastos o lagunas.
- **Una matriz extracelular.-** Que contiene cantidades importantes de fosfato de calcio en forma de cristales de hidroxiapatita.

5.3.2.1.5.1. Tipos de cementos

- **Cemento acelular y celular.-** El acelular es la primera capa depositada, se lo encuentra a nivel cervical, aunque en ocasiones suele cubrir toda la porción radicular. Y el celular cubre las posiciones media y apical de la superficie radicular. (Ver anexo # 3, imagen 10).
- **Cemento primario y secundario.-** Es la capa de cemento adyacente a la dentina antes de que la pieza haya erupcionado. En cambio la capa de cemento secundario se deposita producto de la funcionalidad de la pieza dentaria. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 69, 70,71).**
- **Cemento fibrilar y afibrilar**

A propósito Gómez dice:

Los dos tipos de cementos anteriormente descritos pueden considerarse dentro de la variedad de cemento fibrilar, el que debe ser diferenciado del cemento

afibrilar. Este corresponde a una variedad que carece de las típicas fibras de colágenos y que se presenta con cierta frecuencia en el cuello, especialmente en los casos en que el cemento se extiende cubriendo por un breve trecho el esmalte. Se supone que se forma por la causa de la degeneración precoz del órgano del esmalte en esa región, lo que provocaría la formación de cementoblastos que secretarían cemento afibrilar. Si este permanece suficiente tiempo en contacto con células del tejido conectivo, puede llegar a recubrirse posteriormente con una capa de cemento acelular³⁷.

5.3.2.1.5.2. Funciones

- Anclar sólidamente el diente al hueso alveolar, mediante las fibras del ligamento periodontal.
- Controlar el ancho del espacio periodontal.
- Transferir las fuerzas oclusales a la membrana periodontal.
- Reparar la superficie radicular.
- Compensar el desgaste del diente por atrición. **(Lindhe, L. Periodontología clínica e implantología odontológica, 31).**

5.3.2.1.6. Hueso alveolar

Es el tejido óseo, que rodea y sostiene a los dientes; constituye por lo tanto los procesos alveolares donde se encuentran alojados los dientes. Se lo considera el menos estable de los tejidos de soporte, debido a que constantemente está sufriendo cambios de reabsorción en áreas de presión y de formación en áreas de tensión. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 74,76).**

³⁷ Gómez, E. Campos, A. (2009). *Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental*. (3era edición). México: Panamericana. P. 367.

A propósito Eley, dice:

Los osteoblastos se encargan de la síntesis de la matriz ósea y su posterior calcificación. Inicialmente se forma matriz no calcificada u osteoide y se mineraliza por el depósito de los cristales de hidroxiapatita. Los osteoclastos se forman solo en las superficies óseas sometidas a resorción. Sin embargo, la resorción ósea no se produce sino es en presencia de osteoclastos y osteoblastos³⁸.

5.3.2.1.6.1. Funciones

- Es distribuir y absorber las fuerzas generadas por la masticación y otros contactos dentarios.
- Se renueva constantemente debido a las demandas funcionales.
(Lindhe, L. Periodontología clínica e implantología odontológica, 34).

5.3.3. Enfermedad periodontal

Conocida vulgarmente como piorrea, es una patología que afecta a las estructuras de soporte de los dientes, se produce por las bacterias que se encuentran en la placa bacteriana; originando infección e inflamación de los tejidos. Esta no provoca dolor hasta sus etapas más avanzadas y aun así algunos casos avanzados no provocan dolor³⁹.

Las enfermedades periodontales tienen una elevadísima prevalencia, afectando a la mayoría de la población, siendo la principal causa responsable de la pérdida de piezas dentales, incluso más que la caries

³⁸ Eley, B. Soory, M. Manson, J. (2012). *Periodoncia*. (6ta edición). España: Elsevier. P. 15.

³⁹ <http://www.perio-dreliezermolina.com/Etapasdelaenfermedadperiodontal2.html>

dental. Se hace más frecuente a partir de los 30 años de edad. Es el proceso inflamatorio del periodonto que lleva a su destrucción a partir de las placas dentales y de la gingivitis. Generalmente se produce por deficiente higiene oral personal. **(Echeverría García J. J. Enfermedad periodontal. En: Laserna, V. Higiene dental personal diaria, 61).**

5.3.3.1. Etapas de la periodontitis

- Periodontitis leve.- pérdida de soporte de 3mm a 4mm partir de la unión cemento-esmalte.
- Periodontitis moderada.- pérdida de soporte de 4mm a 6mm.
- Periodontitis severa.- pérdida de soporte mayor a 6mm. **(Echeverría, J. Echeverría, A. Manual de periodoncia, 30).**

(Ver anexo # 3, imagen 11).

Etapa 2: Periodontitis leve. La inflamación se extiende más allá de la encía pasando al hueso alveolar que soporta los dientes. Comienza la etapa irreversible de la periodontitis producto de la pérdida ósea.

Etapa 3: Periodontitis moderada. En esta etapa, la encía retrocede, se detectan sacos o bolsas periodontales entre moderados y profundos, pérdida ósea entre moderada y severa, halitosis además de movilidad aumentada de las piezas dentarias debido a la pérdida ósea.

Etapa 4: Periodontitis severa o avanzada. Esta es la etapa más grave de la enfermedad, con la presencia de sacos periodontales profundos, halitosis, movilidad de las piezas dentarias, desplazamiento de los diente de su posición original y posible supuración por la encía⁴⁰

⁴⁰ http://www.cipo.cl/terapia_periodontal.html

5.3.4. Factores que intervienen en las enfermedades periodontales

5.3.4.1. Factores no bacterianos

Como bien lo dice Negroni⁴¹, tenemos aquellos tratamientos dentales defectuosos, en especial aquellas restauraciones subgingivales que tienen un sobre-contorneado que además invaden los espacios biológicos produciendo una respuesta inflamatoria a ese nivel e impiden que el paciente pueda eliminar correctamente la placa bacteriana; además una mal oclusión puede llegar a desencadenar pérdida de soporte debido a los traumatismos. El tabaco que actúa localmente sobre la vascularización gingival y además produce efectos tóxicos sobre los tejidos, entorpeciendo los mecanismos de defensa del huésped. El estrés es otro factor debido a que las tensiones de la vida diaria y las emociones negativas influyen en los sistemas endócrinos e inmunitarios y ello hace que existan cambios en la salud. Es probable que factores ambientales y genéticos condicionen la susceptibilidad del individuo.

5.3.4.2. Factores bacterianos

Como bien lo dice Palma⁴², los productos bacterianos constituyen el factor responsable de la inflamación de los tejidos periodontales, pero hay que considerar que los factores tanto locales como sistémicos pueden modificar

⁴¹ Negroni, M. (2009). *Microbiología estomatológica fundamentos y guía práctica*. (2da edición). Argentina: Panamericana. P. 291.

⁴² Palma, A. Sánchez, F. (2010). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. (1era edición, tercera reimpresión). España: Thomson Paraninfo. P. 240

el grado de inflamación, así como las bacterias, placa bacteriana e incluso el cálculo dental.

5.3.4.2.1 Placa bacteriana

Es la agrupación de una serie de bacterias que crean un nicho ecológico, propicio para su desarrollo y supervivencia. La placa se forma con mayor rapidez en el sueño y con la ingesta de dietas blandas. Dependiendo de su ubicación se la clasifica en supragingival, cuando se deposita sobre el tercio gingival de los dientes, sobre las grietas, rugosidades y márgenes de restauraciones dentales; y subgingival cuando se deposita en surco gingival y la bolsa periodontal. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 114,115).**

Placa adherida: es aquella que se encuentra unida al diente y que tiende a calcificarse, formando cálculos y contribuyendo a ocasionar lesiones de caries radiculares.

Placa no adherida: placa que no llega a unirse al diente y que avanza en dirección apical (hacia la raíz), contribuyendo a la periodontitis, y que esta constituida principalmente por bacterias móviles de cepas Gram negativas. **(Palma, A. Sánchez, F. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica, 240).**

5.3.4.2.2. Cálculo dental

Se lo considera como una masa adherente calcificada; que se forma sobre los dientes naturales, prótesis dentarias y obturaciones; a veces su depósito es tan grande que forma como un puente sobre un grupo de piezas dentarias. El comienzo, la velocidad de la calcificación y acumulación varían de una persona a otra, en diferentes piezas dentales y en diferentes tiempos

en la misma persona. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 96).**

5.3.4.2.2.1. Cálculo supragingival

El cálculo supragingival es de color blanco amarillento, de consistencia dura arcillosa y se desprende con facilidad. Se deposita frecuentemente en la superficie lingual de los incisivos inferiores cercanas al conducto de Wharton de la submaxilar. El tabaco y la alimentación modifican su coloración. Otro sitio de acúmulo es la superficie vestibular de los molares superiores que están cercanas a la salida del conducto parotídeo de Stenon. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 96).**

5.3.4.2.2.2. Cálculo subgingival

“Se adhiere a la superficie radicular y su distribución no esta relacionada con las glándulas salivales, sino con la presencia de inflamación gingival y bolsas periodontales, un hecho reflejado por su antiguo nombre <<sarro ceruminal>>. De color verde oscuro o negro, es mucho más duro que el sarro supragingival y mucho más adherido a la superficie dental”. **(Eley, B. Soory, M. Manson, J. Periodoncia, 22).**

5.3.4.2.3. Bacterias

Aunque existe evidencia de transmisión familiar de patógenos periodontales, no es posible demostrar que la enfermedad periodontal sea contagiosa; las bacterias parecen ser transmisibles, según el número de microorganismos que se transmiten y la frecuencia de contacto; su colonización dependerá, además, de factores del hospedador y condiciones del medio ambiente social y estilo de vida. **(Negroni, Martha. Microbiología estomatológica fundamentos y guía práctica, 278).**

A propósito Wolf dice:

“Alrededor de una docena de bacterias en la cavidad oral – llamadas bacterias “marcadoras” – han sido asociadas con la enfermedad periodontal. De estos, los “agentes de la enfermedad periodontal” mejor documentados son:

- Porphyromonas gingivalis (Pg)
- Actinobacillus actinomycetemcomitans (Aa)
- Tannerella forsythia (Tf)

Todas las demás bacterias en el ecosistema de la cavidad oral producen mucho menos factores de virulencia”⁴³. (Ver anexo # 3, imagen 12).

5.3.4.3. Factores sistémicos

Son aquellas condiciones que afectan a la salud general de las personas. Y que además constituyen un factor de riesgo para la cavidad oral. Diferentes enfermedades y factores sistémicos actúan también indirectamente a nivel del periodonto, reduciendo las defensas del huésped o incrementando la virulencia bacteriana. **(Echeverría, J. Echeverría, A. Manual de periodoncia, 23).**

Entre estos factores están los hematológicos, ya que las células sanguíneas desempeñan un papel vital en el aporte de oxígeno, la hemostasia y protección de los tejidos periodontales. Los pacientes con deficiencia cuantitativa (neutropenia) o cualitativa (quimiotáctica o fagocítica) de leucocitos polimorfonucleares (PMN), suelen presentar destrucción del

⁴³Wolf, H. Hassell, T. (2009). *Atlas a color de Periodontología*. Colombia: Amolca. P. 36.

periodonto, ya que son componentes importantes en la respuesta protectora del huésped en la biopelícula subgingival.

En la diabetes mellitus cuando los pacientes no están controlados, hay mayor pérdida de inserción longitudinal y pérdida ósea, en cambio en pacientes que consumen hipoglucemiantes es común la presencia de xerostomía. El uso de ciertos medicamentos como las fenitoína, ciclosporina y la nifedipina van a producir una hiperplasia gingival. También existen los rasgos genéticos causantes de enfermedades que modifica las estructuras periodontales o alteran las reacciones inmunitarias. **(Lindhe, L. Periodontología clínica e implantología odontológica, 425).**

5.3.5. Síntomas de la enfermedad periodontal

- Retracción de las encías, sensación de dientes más largos.
- Movilidad de los dientes.
- Separación de los dientes.
- Aumento de la sensibilidad dentaria, sobre todo al frío.
- Sensación de quemazón y dolor de encías.
- Mal aliento.
- Aparición de abscesos y flemones en la encía⁴⁴.

⁴⁴ www.dentalqb.com/paginas/enfperio.htm

5.3.6. Exploración clínica de la enfermedad periodontal

Mediante la exploración clínica se va detectar el grado de inflamación de los tejidos y la pérdida de soporte, para así poder establecer en qué etapa se encuentra la enfermedad periodontal. El diagnóstico se lo realiza con la sonda periodontal, que es un instrumento fácil de utilizar, está calibrada en milímetros, que al introducirla en el surco gingival permitirá examinar la profundidad de las bolsas; la recesión gingival, el nivel de inserción, la presencia del sangrado; el grado de afectación de las furcas se lo detecta con la sonda de Nabers; toda esta información debe ir plasmada en el periodontograma, más el examen radiológico que permite encasillar el grado de afectación de periodonto y poder establecer el plan de tratamiento más adecuado. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 183 - 189).**

5.3.7. Grado de inflamación

A propósito Navarro dice:

Los principales signos de la inflamación son el enrojecimiento y el edema gingival junto con el sangrado al sondaje, la supuración y el aumento del exudado gingival. Asimismo es también necesario determinar la presencia y distribución de la placa y el cálculo. El sangrado es el signo más objetivo, pudiendo ser espontáneo o producirse ante determinados estímulos como el sondaje, y es utilizado para elaborar índices de presencia de grado de inflamación⁴⁵.
(Ver anexo # 3, imagen 13).

⁴⁵ Navarro, C. (2008). *Cirugía oral*. Madrid: Arán. P. 68.

5.3.8. Profundidad al sondaje

Como bien lo dice Barrancos⁴⁶, el sondaje periodontal complementa la evaluación visual inicial de la condición de los tejidos periodontales. La sonda se coloca paralela al eje del diente, y se introduce en dirección apical con una ligera presión, hasta encontrar resistencia; debido a que la sonda es calibrada se puede registrar la profundidad del surco gingival y debe efectuarse en las cuatro caras de todos los dientes presentes; cuando la profundidad del sondaje pasa de 3mm, estamos ante la presencia de una bolsa periodontal. (Ver anexo # 3, imagen 14).

5.3.9. Bolsa periodontal

Es la profundización patológica del surco gingival, entre la parte interna de la encía y la superficie del diente, limitada coronalmente por el margen gingival libre y apicalmente por el epitelio de unión. Se produce debido a que un gran número de bacterias colonizan y se multiplican en el interior del surco produciendo un desplazamiento de la adherencia epitelial en sentido apical⁴⁷.

5.3.9.1. Clasificación

- a) Supraósea o supracrestal cuando el fondo de la bolsa es coronario al hueso alveolar adyacente.
 - b) Infraósea o infracrestal cuando el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar.
- Las bolsas según su extensión se pueden dividir en:
- a) Simple: afecta una cara del diente.

⁴⁶ Barrancos, M. (2007). *Operatoria dental: integración clínica*. (4ta edición). Argentina: Panamericana. P. 401.

⁴⁷ www.todopapas.com/diccionario/odontologia-pediatrica/bolsa-periodontal-738

- b) Compuesta: afecta dos o más caras del diente
- c) Compleja: es una bolsa que rodea al diente y afecta varias caras (bolsa espiralada). **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 196).**
(Ver anexo # 3, imagen 15).

5.3.10. Recesión gingival

De Rossi presenta la siguiente definición “La recesión gingival puede definirse como la expresión de la superficie radicular del diente debido a un desplazamiento apical de la margen gingival ocasionada por la distribución de los tejidos periodontales marginales, a la vez que la inserción epitelial debe restablecerse en una posición más apical”⁴⁸.

(Ver anexo # 3, imagen 16).

En etapas iniciales cuando solo es un surco pequeño se lo denomina hendidura de stillman; los pacientes refieren sensibilidad a los cambios térmicos, a los alimentos ácidos, etc. Como consecuencia de la recesión, la gingiva adherida remanente se puede engrosar y enrollar, debido a una respuesta fibrótica no inflamatoria conocida como el *Festón de McCall*. **(Wolf, H. Hassell, T. Atlas a color de Periodontología, 157).**

5.3.11. Movilidad dental

La movilidad dentaria traduce en realidad la distancia del diente a la cresta ósea alveolar, lo que significa que está directamente en relación con la anchura del espacio periodontal a este nivel, reflejando la falta de estabilidad

⁴⁸ De Rossi, C. (2009). *Lesiones cervicales no cariosas: La lesión dental del futuro*. Buenos Aires: Panamericana. P. 188.

del diente. Hay que tener claro que con periodontitis el diente se mueve porque el soporte óseo se reduce, mientras que como consecuencia de una fuerza excesiva el diente se mueve porque se ensancha el espacio periodontal. **(Echeverría, J. Echeverría, A. Manual de periodoncia, 52).**

A medida que los tejidos se van destruyendo comienza la retracción de los mismos. Así, el surco gingival normal se irá elevando viéndose ya parte de las raíces dentarias lo que provoca mucha sensibilidad en las piezas e incluso dolor. Cuando ya se han formado las bolsas periodontales los síntomas aumentan de forma que el dolor puede llegar a ser severo y puede haber abscesos importantes apareciendo fiebre, edema en las encías y deformidad facial. Los dientes presentarán movilidad. Si el cuadro progresa, la enfermedad del hueso hace que los dientes pierdan su punto de anclaje y; caigan.

(http://www.cipo.cl/terapia_periodontal.html)

5.3.11.1. Clasificación

De acuerdo con la amplitud del desplazamiento oscilatorio registrado, se clasifica a la movilidad dentaria en:

- Movilidad de tipo 0: no existe movimiento detectable.
- Movilidad tipo I: existe un desplazamiento menor de 1mm.
- Movilidad tipo II: existe un desplazamiento mayor de 1mm.
- Movilidad tipo III: existe un desplazamiento intrusivo o vertical. **(Echeverría, J. Echeverría, A. Manual de periodoncia, 51).**

5.3.12. Furcaciones

Como bien lo dice Rojas y Fuenmayor⁴⁹, el término defecto de furcación se refiere a la destrucción de los tejidos de soporte de los dientes multiradiculares, para explorar las furcaciones se emplea la sonda de Nabers, introduciéndola entre la encía marginal y el diente, y tratando de inclinarla perpendicularmente al eje del diente. Por lo general estas lesiones indican una destrucción importante de hueso, dependiendo del grado de afectación.

Grado 1: Pérdida horizontal de los tejidos de soporte que no sobrepasa 1/3 del ancho del diente.

Grado 2: Pérdida horizontal de los tejidos de soporte que excede 1/3 del ancho del diente.

Grado 3: Pérdida horizontal que facilita que la sonda pase de vestibular a lingual a nivel de la furcación.

(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 197).

5.3.13. Halitosis

Robert presenta la siguiente definición de halitosis “En general la halitosis es el resultado de la fermentación de partículas de comida causada por las bacterias anaerobias gramnegativas de la boca, que producen componentes de azufre volátiles, tales como el sulfuro de hidrógeno y el metil mercaptano”⁵⁰.

Se presentan dos tipos de halitosis:

⁴⁹ Rojas, F. Fuenmayor, V. (2009). *Manual de higiene bucal: Sociedad española de periodoncia y osteointegración* España: Panamericana. P.19.

⁵⁰ Robert, S. Porter, M. Justin, L. Kaplan, M. Bárbara, P. Homeirer, M. (2010). *Manual de Merck de signos y síntomas del paciente: diagnóstico y tratamiento*. (2da edición). México: Panamericana. P. 305.

- Halitosis de origen intraoral.- Se presenta en la boca.
- Halitosis de origen extraoral.- Que se producen por causas respiratorias, metabólicas, fármacos y alteraciones psíquicas.
(Lindhe, L. Periodontología clínica e implantología odontológica, 1326,1327).

5.3.14. Exploración radiológica de la enfermedad periodontal

Del Cura presenta el siguiente enunciado del examen radiográfico “Radiológicamente la enfermedad periodontal se manifiesta como áreas radiolúcidas asociadas a pérdida de sustancia ósea, de hasta 4 mm de anchura, adyacentes a la cara lateral de la raíz dental y se suele asociar a un descenso del plano de la cresta alveolar”⁵¹.

Presencia de cálculo supragingival radiográficamente se lo puede observar cuando ha alcanzado un gran tamaño, por lo general se superpone a los dientes; en cambio es muy útil para ubicar a los cálculos subgingivales; se observan como depósitos puntiagudos que se extienden a lo largo de las superficies radiculares. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 332).**

5.3.15. Defectos óseos

Cada defecto óseo afecta individualmente a un diente específico de la dentadura de un cierto paciente. Un verdadero saco periodontal presentará

⁵¹ Del Cura, J. Pedraza, S. Gayete, A. (2010). *Radiología esencial: sociedad española de radiología médica*. España: Panamericana. P. 1347.

pérdida de anclaje, migración apical de epitelio conjuntivo y transformación del epitelio conjuntivo del epitelio del saco. Encontrando defectos supraóseos, infraóseos, e interradiculares o defectos de furca

- Sacos supra alveolares.- Son aquellos defectos donde la base del saco se localiza coronalmente a la cresta alveolar subyacente, resultantes de pérdida horizontal del hueso.
- Sacos infra-alveolares.- Son aquellos defectos en que la base del saco tiene una localización apical a la cresta alveolar residual adyacente, resultantes de pérdida vertical/angular del hueso. **(Wolf, H. Hassell, T. (2009). *Atlas a color de Periodontología*. Colombia: Amolca. P.99).** (Ver anexo # 3, imagen 17).

Las lesiones de las furcas se las puede observar cuando la pérdida ósea se propaga en dirección apical más allá de la furca. La presencia de cráteres se debe a que la cresta ósea, situada entre las tablas óseas vestibular y lingual se reabsorbe. Considerándose a la pérdida ósea es el efecto más grave de la enfermedad periodontal. En el periodonto apical, por la general se observan zonas radiolúcidas que pueden corresponder a un granuloma o un quiste. También se puede observar un ensanchamiento del espacio de la membrana periodontal que revela la presencia de un absceso. **(Bascones, A. (2009). *Periodoncia e implantología oral*. Madrid: Lexus. P. 332–334).**

5.3.16. Absceso periodontal

Chimenos refiere el siguiente enunciado “Zona localizada de inflamación aguda o crónica que se encuentra en los tejidos gingivales, bolsas Infraóseas o ligamento periodontal. Si se encuentra localizado en el ápice del diente se lo conoce como un absceso periapical. Si se localiza entre el ápice y la cresta alveolar, se conoce con absceso lateral”⁵².

5.3.17. Histopatología de la enfermedad periodontal

A propósito Ferro dice:

Inicialmente la biopelícula se ubica en la superficie coronal del diente, y con el tiempo, se extiende hacia el surco y allí, dado los cambios en las condiciones del nicho, en cuanto a disponibilidad de oxígeno y características de los tejidos blandos, se coloniza con microorganismos estrictamente anaerobios, especialmente *prevotellas* y *Porphyromonas* que cambian la patogenicidad del biofilm y que van a iniciar las modificaciones clínicas propias de las periodontopatías⁵³.

5.3.18. Clasificación de la enfermedad periodontal

5.3.18.1. Periodontitis del adulto

Características clínicas

- a) “Se presenta generalmente alrededor de los 35 años de edad.
- b) La distribución por sexos es parecida.

⁵² Chimenos, E. (2009). *Diccionario de odontología* (2da edición). España: Elsevier Mosby P.3.

⁵³ Ferro, M. Gómez, M. (2007). *Fundamentos de la odontología*. (2da edición). Bogotá: JAVEGRAF. P. 63,64.

- c) La placa bacteriana y cálculo siempre están presentes.
- d) Las lesiones son variables en intensidad y extensión.
- e) La respuesta del hospedador es aparentemente normal.
- f) El índice de caries es variable aunque generalmente es variado.
- g) Los agentes genéticos de la enfermedad son desconocidos.
- h) No se acompaña de alteraciones sistémicas”.
(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 277).

Los signos más precoces de pérdida ósea son:

- “Borrosidad de la cresta interdientaria.
- Pérdida de continuidad de lámina dura en áreas mesial y distal de la cresta del septum interdientaria.
- Áreas radiolúcidas en forma de cuña, en las áreas mesial y distal de la cresta ósea.
- Reducción de la altura del tabique interdentario”.
(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 278).

5.3.18.2. Periodontitis de comienzo temprano

Comienza habitualmente durante la dentición temporal aunque afecta también a la dentición permanente. La forma localizada no se la detecta a tiempo ya que no hay presencia de inflamación, en cambio la forma generalizada es la más frecuente, presentado abundante sangrado, recesiones y cráteres gingivales, dientes móviles y sensibles a la percusión; su aparición es rara, puede tener base genética. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 263,264).**

5.3.18.3. Periodontitis Prepuberal: Generalizada o localizada

La periodontitis prepuberal localizada se caracteriza por:

- a) “Inflamación de tejidos ligera o ausente.
- b) Solo afecta a algunos dientes.
- c) La destrucción es más lenta que en la generalizada
- d) No suele haber historia de infecciones frecuentes ni de otitis media.
- e) Las áreas enfermas responden al raspaje, alimado y antibióticos
- f) Los monocitos o neutrófilos pueden presentar defectos en su función (pero uno de ambos, no los dos)”. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 263).**

La periodontitis prepuberal generalizada se caracteriza por:

- a) “Rápida destrucción de encía y hueso alveolar.
- b) Inflamación aguda intensa y proliferación gingival.
- c) Historia clínica de infecciones frecuentes, en especial respiratorias y otitis media.
- d) La periodontitis puede ser refractaria a los antibióticos
- e) Afecta a toda la dentición primaria. La permanente puede estar o no afectada.
- f) Hay defectos en la función de neutrófilos y monocitos”. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 264).**

5.3.18.4. Periodontitis Juvenil: Generalizada o localizada

Se caracteriza por una rápida pérdida de inserción del tejido conectivo y hueso alveolar, comienza alrededor de la pubertad, por eso no afecta a la dentición mixta, suele verse afectado más el sexo femenino, y se le atribuye tendencia familiar. Pasada la fase incipiente, comienzan a formarse bolsas profundas, hay mayor movilidad y migración dentaria, aparece la sensibilidad radicular, debido a que el cemento queda expuesto. También pueden

presentarse abscesos. Se la considera una patología de avance rápido.

(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 272, 273).

Manson y Lehner (1974) le dan el actual nombre de *periodontitis juvenil*, de la que hay 2 formas:

- Periodontitis juvenil **localizada**, que solo afecta a los incisivos y primeros molares.
- Periodontitis juvenil **generalizada**, que afecta a la mayor parte de los dientes. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 264)**

5.3.18.5. Periodontitis ulceronecrotizante

“Algunos autores consideran que es una manifestación de la agravación de la gingivitis necrotizante, en la que la infección se extiende al tejido óseo y deja como secuela la pérdida de hueso. Su clínica es más expresiva, con dolor y afectación de las papilas interdentes y del margen gingival, que da lugar a la hemorragia gingival, olor fétido y sialorrea. El proceso infeccioso evoluciona velozmente hacia la destrucción del periodonto y del tejido óseo de soporte”⁵⁴.

(Ver anexo # 3, imagen 18).

5.3.18.6. Periodontitis refractaria

Cuando se habla de periodontitis refractaria se refiere a la pérdida de la adherencia continua a pesar del tratamiento adecuado y la higiene oral apropiada. Muchos factores parecen estar relacionados a una falta de respuesta a la terapia periodontal, incluyendo la extensión de la enfermedad antes de la terapia, el tipo de terapia proporcionado (quirúrgico o no quirúrgico), el tipo de diente comprometido y forma radicular (furas) especies bacterianas y sus factores de virulencia, el grado de respuesta inmune del paciente. Otro factor importante es el tabaco.⁵⁵

⁵⁴ Silvestre, F. Plaza, A. (2007). *Odontología en pacientes especiales*. Valencia: Maite Simón. P.155.

⁵⁵ http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2003_n11/nueva.htm

5.3.18.7. Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas

5.3.18.7.1. Síndrome de Down

Comparado con otras entidades similares la severidad de la enfermedad periodontal en individuos con Síndrome de Down es muy alta. La enfermedad periodontal está caracterizada por una periodontitis temprana generalizada, que comienza con la dentición decidua y termina con la dentición adulta, la progresión de la enfermedad es muy rápida. Los sitios más frecuentes de destrucción periodontal son alrededor de los incisivos y molares. Las raíces de los incisivos inferiores son cortas lo que facilita la pérdida prematura de estos dientes.⁵⁶

5.3.18.7.2. Papillon-Lefèvre

Una enfermedad hereditaria autosómica recesiva, causada por hiperqueratosis palmoplantar y periodontitis precoz grave; que se caracteriza por infecciones bucales y pérdida prematura de los dientes temporales y permanentes, radiográficamente se manifiestan por: destrucción rápida del hueso alveolar, intensas reabsorciones verticales, destrucción a veces completa del ligamento periodontal. **(Bascones, A. Periodoncia e implantología oral, 336).**

5.3.18.7.3. Diabetes mellitus

La diabetes es un desorden del metabolismo de los azúcares o carbohidratos causado por una falta de producción de la hormona insulina o por una incapacidad del organismo para utilizarla efectivamente. La insulina es una hormona producida por el páncreas que regula el nivel de azúcar en

⁵⁶ <http://es.scribd.com/doc/4523242/ENFERMEDAD-PERIODONTAL>

la sangre, existiendo dos tipos principales de diabetes mellitus: la tipo I o insulino dependiente, es la más severa y el páncreas no produce insulina por lo que quien la padece debe inyectarse esta hormona para sobrevivir. En cambio la tipo II es mucho más común, el páncreas tiene cierta capacidad para producir insulina pero no suficiente, por lo que quien la padece debe tomar medicamentos que le ayuden a disminuir los niveles de glucosa en sangre. **(Lindhe, L. Periodontología clínica e implantología odontológica, 307,308).**

Ceccotti refiere sobre la diabetes, “la presencia de microangiopatía diabética, que se ubica en las células de la pared endotelial, con aumento de grosor de la membrana basal (MB) y algunos cambios degenerativos en el interior de las paredes, condicionan la respuesta tisular ante los estímulos irritativos debido a la disminución de la contribución vascular a los tejidos gingivoperiodontales”⁵⁷.

Cabe destacar que las alteraciones del metabolismo del colágeno con la reducción de su síntesis y el aumento de la actividad de la colagenasa, con la degradación de un nuevo colágeno, afecta las fibras periodontales.

También está aumentado el calcio en la saliva, lo que permite de esta manera su precipitación y la formación de cálculos supragingivales. [...].

La presencia de hiperglucemia contribuye a aumentar la inflamación periodontal y la pérdida de hueso alveolar. Las citocinas activan a los linfocitos T o B y producen radicales libres que dañan directamente a los tejidos periodontales. **(Ceccotti, L. Sforza, R. El diagnóstico en clínica estomatológica, 582-583.)**

⁵⁷Ceccotti, L. Sforza, R. (2007). El diagnóstico en clínica estomatológica. (1era edición). Buenos Aires: Panamericana. P. 582.

5.3.19. Consecuencias de la enfermedad periodontal

Las enfermedades periodontales pueden tener 2 tipos de consecuencias: tiene efectos a nivel local, como es la pérdida de los dientes, que produce efectos sobre la estética y la masticación. Y a nivel sistémico, las bacterias que se encuentran debajo de la encía pasan a la sangre, afectando de esta manera otros lugares del organismo. Aumentando el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, riesgo de parto prematuro, y descompensación de la diabetes⁵⁸.

5.3.20. Plan de tratamiento

El éxito del tratamiento periodontal está en que tanto el operador como el paciente coincidan con sus expectativas. El clínico debe conocer el nivel de educación del paciente, conocer que perspectivas tiene respecto al tratamiento a seguir, como valora su salud bucal; es de suma importancia que el profesional le explique el tratamiento a seguir y la terapia de mantenimiento. Y sobretodo darle a conocer que tiene que colaborar con la higiene bucal y eliminar algunos hábitos nocivos como el tabaco. **(Lindhe, L. Periodontología clínica e implantología odontológica, 695, 700, 702).**

El objetivo principal del plan de tratamiento radica, en realizar mediante el raspado y el alisado, la eliminación de la placa y el cálculo; para deshacer el factor etiológico directo de la inflamación y destrucción de los tejidos periodontales y así conseguir una superficie radicular que sea

⁵⁸ www.sepa.es/pacientes/enf-periodontales/consecuencias.html

biológicamente aceptable por los tejidos periodontales. (**Echeverría, J. Manual de periodoncia, 81**).

5.3.21. Instrumentos de sondaje

5.3.21.1. Sonda periodontal.- Es un instrumento sencillo y fácil de utilizar, está calibrada en milímetros, se introduce en el surco para registrar la profundidad, la recesión y el nivel de inserción. (Ver anexo # 3, imagen 19).

5.3.21.2. Sonda de Nabers.- Permite un fácil acceso a la zona de furca, para comprobar el grado de afectación de ésta. (Ver anexo # 3, imagen 20).

5.3.21.3. Curetas

Son instrumentos manuales que permiten eliminar los tejidos afectados debido a su hoja forma y afilado, utilizadas para la eliminación del calculo subgingival por raspado y alisado radicular. Existiendo curetas universales cuyo ángulo es de 90° y se pueden usar ambos bordes en cambio la cureta de Gracey con ángulo de 70° que vienen en juego de 7 numeradas, con un único borde activo. (Ver anexo # 3, imagen 21).

5.3.22. Raspado radicular

Es conveniente anestesiarse el cuadrante cuando las bolsas son mayores de 4 - 5mm. La cureta se lleva hasta el fondo de la bolsa y después se activa, calculando un ángulo de 70° se efectúan movimientos cortos y fáciles desde

apical a coronal para que de esta manera se logre el desprendimiento del cálculo dental sin dañar las superficies dentarias y tejidos blandos, se deben repetir hasta no encontrar resistencia. La eliminación de estos cálculos es mucho más fácil porque se tiene una visión directa y gran libertad para realizar los movimientos. La aplicación de la técnica consiste en coger las curetas, a manera de un lapicero y buscar apoyo en los dientes adyacentes. (Ver anexo # 3, imagen 22).

5.3.23. Alisado y pulido radicular

El alisado radicular se lo debe realizar bajo anestesia, es el proceso de suavizar las superficies radiculares para impedir el crecimiento de la placa bacteriana y además permite la eliminación del cemento radicular afectado con el objetivo de reducir la inflamación, y de esta manera se van eliminando las bacterias y comienza el proceso de regeneración de los tejidos. El pulido se realiza mediante la aplicación de sustancias abrasivas con o sin flúor y permite obtener unas superficies lisas.

Es importante después de realizado el tratamiento periodontal seguir una fase de mantenimiento para evitar las recurrencias de la patología. El intervalo de visitas se debe realizar de acuerdo al tipo patología que haya presentado el paciente; además el autocontrol de la placa bacteriana por parte del paciente será un método eficaz para controlar la enfermedad periodontal. **(Palma, A. Sánchez, F. técnicas de ayuda odontológica y estomatológica, 254)**. (Ver anexo # 3, imagen 23).

5.3.24. Farmacoterapia

- En periodontitis del adulto, el Metronidazol, Clindamicina y amoxicilina más ácido clavulánico. [...]. Pero si hay infección por A. a. esta indicada la asociación de metronidazol y amoxicilina.
- En periodontitis agresivas, fundamentalmente la juvenil, la asociación de metronidazol y amoxicilina es la más eficaz.
- En periodontitis refractaria se usan clindamicina y amoxicilina más ácido clavulánico, pero el metronidazol da mejores resultados. **(Navarro, C. Cirugía oral, 72).**

5.3.24.1. Amoxicilina

Tripathi presenta la siguiente definición “La amoxicilina es uno de los antibióticos más usados para el tratamiento de las infecciones dentales porque la mayoría de los casos se resuelven con 250mg a 500mg tres veces al día durante 5 días”⁵⁹.

5.3.24.2. Metronidazol

“La dosis recomendada del metronidazol es de 250 a 500mg tres veces por día durante 7 a 10 días”. **(Negroni, M. Microbiología estomatológica fundamentos y guía práctica, 306).**

“Otros investigadores han observado, en pacientes con periodontitis agresivas, que la combinación de 250 mg de metronidazol y 375 mg de amoxicilina administrada tres veces al día, durante 1 semana, fue efectiva para eliminar A. actinomycetemcomitans y Porphyromonas gingivalis”.

⁵⁹ Tripathi, KD. (2008). *Farmacología en Odontología: Fundamentos*. Buenos Aires: Panamericana. P. 441.

(Negroni, M. **Microbiología estomatológica fundamentos y guía práctica, 307**).

5.3.24.3. Clindamicina

“Dosis: 150 a 300 mg cuatro veces al día; 200 a 600 mg IV en infusión lenta cada 8 horas”. (Tripathi, KD. **Farmacología en Odontología: Fundamentos, 439**).

5.3.24.4. Azitromicina

“Dosis: 500mg una vez al día 1 hora antes o 2 horas después de las comidas [...]”. (Tripathi, KD. **Farmacología en Odontología, 438**).

5.3.25. Higiene dental

Carranza indica, la higiene bucal permitirá prevenir las enfermedades ocasionadas por la placa bacteriana, por eso es recomendable dedicarle tiempo y seguir los pasos adecuados para que sea efectiva, aparte del cepillo y la pasta es necesario complementarla con enjuagues bucales e hilo dental, etc. La higiene dental se ha convertido en una disciplina importante aliada de la Periodontología⁶⁰.

5.3.26. Control de la placa

A propósito Fuenmayor, dice:

Podemos definir el control de la PB como eliminación de placa microbiana y la prevención de su acumulación

⁶⁰ Carranza, F. Shklar, G. (2010). *Historia de la periodoncia*. Madrid: Ripano. P. 197.

sobre los dientes y las estructuras vecinas. Por otra parte, el control de las bacterias que componen el biofilm de la placa también retarda la formación de cálculo dental. [...]. Sin ninguna duda podemos afirmar que el control de la PB es la parte más importante de todos los procedimientos que comprenden el tratamiento y la prevención de las enfermedades periodontales⁶¹.

5.3.27. El cepillado dental

Es la eliminación mecánica eficaz de la placa dental supragingival y subgingival, la misma que puede realizar el propio individuo. En general se debe recomendar cepillarse 3 veces la día (una después de cada comida) de las cuales una debe hacer de forma minuciosa, generalmente por las noches, debido a que hay menor autoclisis por el reposo muscular. **(Rojas, F. Fuenmayor, V. Manual de higiene bucal, 78).**

5.3.28.1. El cepillo dental

El cepillo dental es el instrumento fundamental para la eliminación mecánica de la placa y de otros depósitos. Su mango es recto, en uno de sus extremos tiene un conjunto de cerdas, perpendiculares al mango, estos se encuentran disponibles en el mercado en sus diferentes formas, tamaños y textura de cerdas. En la actualidad son fabricados con fibras sintéticas. **(Barrancos, M. Operatoria dental, 405.)**

Sería aconsejable seguir las recomendaciones que brinda la Asociación Dental Americana (ADA) sobre el cuidado de los cepillos dentales. Estas son: no

⁶¹ Fuenmayor, V. Frambregues, S. (2009). *Manual de higiene bucal*. Madrid: Panamericana. P. 46.

compartir los cepillos dentales para evitar el riesgo de infecciones cruzadas, limpiar los restos de crema dental y residuos con agua, colocarlo verticalmente al aire libre para que se sequen sus cerdas o cubrirlos y remplazarlos al menos cada 3-4 meses. Sin embargo, no hay evidencia científica que favorezca la reducción de la contaminación de microorganismos por medio de la utilización de antisépticos o sistemas de limpieza para cepillos dentales. **(Ferro, M. Gómez, M Periodoncia: fundamentos de la odontología, 279).**

5.3.28.2. Técnicas de cepillado

Gutiérrez define la técnica de Bass. “Se coloca el cepillo en ángulo de 45° con respecto al eje mayor del diente, de modo que las cerdas penetren suavemente en el espacio entre encía y diente, y se efectúan movimientos de vaivén de unos 2mm. Este cepillado se practica en todas las caras de los dientes”⁶².

5.3.29. Pasta dental

“Las propiedades de las pastas dentales han de ser: servir como vehículo para la aplicación tópica de flúor, dejar una agradable sensación en la boca, no deteriorar el esmalte, y tener inhibidores enzimáticos contra la adherencia de la placa bacteriana”. **(Gutiérrez, E. Técnica de ayuda odontológica y estomatológica, 210).**

⁶² Gutiérrez, E. Iglesias, P. (2009). *Técnica de ayuda odontológica y estomatológica*. España: Editex. P. 209.

5.3.30. Seda dental

Es un conjunto de finos filamentos, que pueden ser de nylon y plástico. Se utiliza para eliminar la placa interproximal y pequeños restos de alimentos localizados entre los dientes y bajo el borde de la encía. Para su uso se recomienda cortar unos 45 cm de hilo dental y enrollarlo en los dedos medios de ambas manos; después tomar el hilo con el índice y pulgar de cada mano, dejando un tramo no mayor a 2 cm entre ambas manos, luego tensar el hilo y deslizarlo suavemente entre los dientes, hasta llegar al borde gingival, removiendo la placa bacteriana y restos de alimentos. Los movimientos de limpieza deben ser verticales y giratorios siempre deslizando la seda sobre el diente. **(Gutiérrez, E. Técnica de ayuda odontológica y estomatológica, 211).**

A propósito Hernández [et al.]. Dice:

Colutorios

Son soluciones acuosas para el tratamiento de afecciones bucales. Su ocupación incluye edulcorantes no cariogénicos con gelificantes y agentes reguladores de pH para mantener la neutralidad. Su aplicación se realiza con una espátula o pincel incorporado en un tapón.

Enjuagues o gargarismos

Se formulan de forma similar a los colutorios, pero sin vicosizantes, a veces como formas sólidas (povos o comprimidos) que se disuelven en agua para su utilización, se utilizan para realizar una asepsia en la cavidad bucal o de la zona orofaríngea⁶³.

⁶³ Hernández, G. Morelo, A. Zaragoza, F. Porras A. (2011). Tratado de Medicina Farmacéutica. Madrid: Panamericana. P. 113.

5.3.31. La clorhexidina

Lorenzo presenta la siguiente definición, “Es una clorofenilbiguanida que altera la permeabilidad de la membrana citoplasmática, inhibe enzimas del espacio periplásmico y precipita las proteínas y ácidos nucleicos. A pH entre 5 y 8 es bactericida frente a bacterias grampositivas y muchas gramnegativas, pero es inefectivo sobre bacterias ácido- resistentes o esporas; [...]”⁶⁴. (Ver anexo # 3, imagen 24).

5.3.32. Información al paciente

- Cepíllese los dientes dos o tres veces al día (después de las comidas) con una pasta dental con fluoruro.
- Limpie entre los dientes diariamente con un hilo dental o con un limpiador interdental. Las bacterias que causan caries se quedan entre los dientes donde las cerdas del cepillo no entran. El hilo dental remueve la placa dental y las partículas de alimentos de entre los dientes y bajo el margen de las encías.
- Lleve una dieta equilibrada y limite el picoteo entre comidas.
- Visite a su dentista regularmente para recibir limpiezas profesionales y exámenes de la boca.

⁶⁴ Lorenzo, P. Moreno, A. Lizasoain, I. Leza, J. Moro, M. Portolés, A. (2009). *Farmacología básica y clínica*. (18ª edición). Buenos aires: Panamericana. P. 887.

- Consulte con su dentista acerca de los productos de cuidado oral que serán más eficaces para usted.
- Reemplace el cepillo dental cada tres o cuatro meses, o antes si las cerdas se deshilachan. Un cepillo dental dañado no limpiará bien sus dientes. Con frecuencia, hay que reemplazar los cepillos dentales de los niños más a menudo porque se pueden dañar en menos tiempo⁶⁵.

Parece razonable indicar una frecuencia de visitas al profesional al menos una vez al año en el caso de individuos de riesgo bajo a las enfermedades periodontales. Los individuos con mayor susceptibilidad, que padecen enfermedades periodontales o que han recibido tratamiento periodontal, necesitarán de un protocolo preventivo más ajustado a su situación periodontal; por lo general se aconseja que la frecuencia de visitas en estos casos sea cada tres a seis meses. **(Rojas, F. Fuenmayor, V. Manual de higiene bucal: Sociedad española de periodoncia y osteointegración, 51).**

5.3.33. Efectos del nivel socioeconómico en la enfermedad periodontal

El hombre siente necesidades de muy diversas naturaleza. Desde las cosas materiales, la alimentación, hasta aspectos relacionados con la cultura y salud. Un buen estado de salud facilita el logro de un mayor bienestar individual, un elevado nivel de equidad social y un desarrollo humano sostenido. Las enfermedades periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano.

⁶⁵ www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/02/22/113277

Se sugiere que factores psicosociales, sistémicos, de estilo de vida y de ambiente social, pueden afectar el funcionamiento óptimo de las defensas del huésped. Y por lo tanto afecta la prevalencia y gravedad de las periodontopatías. La interacción de factores de riesgos biológicos sumados con otros derivados del medio social y ambiental, aumentan el efecto aislado de cada uno de los factores; el efecto observado es mayor que el efecto esperado.

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. MÉTODO

6.1.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Bibliográfica.- Porque se usó la información obtenida de libros e internet, de manera que se pudo realizar el trabajo investigativo.

De campo.- Porque se realizaron encuestas e historias clínicas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica del Centro de Salud Calderón.

6.1.2. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Exploratorio.- Porque se realizaron visitas para estar en contacto con la realidad y poder desarrollar la investigación.

Descriptivo.- Porque a través del árbol de problemas, se describió el tipo de patología periodontal y su relación con el nivel socio-económico.

Analítico.- Permitted determinar en qué periodo se encontraba la enfermedad periodontal de los pacientes que acuden a la consulta odontológica del Centro de Salud Calderón.

Sintética.- Toda la información obtenida de acuerdo a los objetivos que se quieren alcanzar, se sintetizó mediante las conclusiones.

Propositiva.- Al final de esta investigación, se diseñó una propuesta al problema en estudio.

6.2. TÉCNICAS

- Observación.- Realizada a los pacientes a través de la Ficha Clínica.
- Encuestas.- Dirigidas a los pacientes que asisten a la consulta odontológica del Centro de Salud Calderón.

6.3. INSTRUMENTOS

- Ficha clínica
- Formulario de encuesta

6.4. RECURSOS

6.4.1. Talento humano

- Investigadora
- Tutora de tesis
- Odontóloga de planta del dispensario
- Pacientes que asisten al consultorio odontológico del Centro de Salud Calderón.

6.4.2. Materiales

- Textos relacionados al tema de investigación
- Materiales de oficina
- Materiales Odontológicos
- Suministros de impresión

6.4.3. Tecnológicos

- Internet
- Computador
- Impresora
- Copiadora
- Scanner
- Cámara de fotos y videos
- Memory flash

6.4.4. Económico

La investigación tuvo un costo de \$ 2419,40

6.5. Población

La población la constituye 216 pacientes desde los 35 hasta los 75 años de edad, asignados durante el 2012 para la atención en el Centro de Salud Calderón.

6.6. Tamaño de la Muestra

La muestra es de 138 pacientes.

6.7. Tipo de muestra

Estratificada.

CAPITULO VII

7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

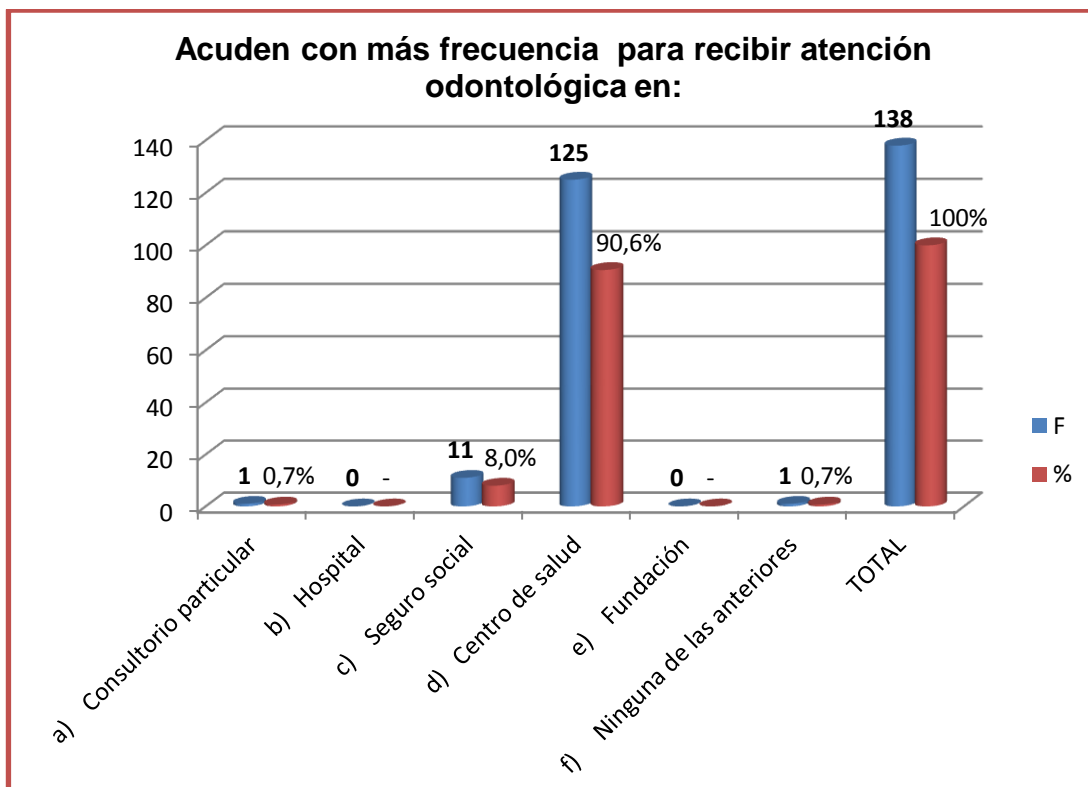
7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1.1. Análisis e interpretación de los resultados de las encuestas realizadas a los pacientes de 35 a 75 años de edad, que asisten a la consulta odontológica en el Centro de Salud Calderón.

GRAFICUADRO # 1

¿A qué establecimiento de salud acude con más frecuencia para recibir atención odontológica?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Consultorio particular	1	0,7%
b) Hospital	0	0%
c) Seguro social	11	8,0%
d) Centro de salud	125	90,6%
e) Fundación	0	0%
f) Ninguna de las anteriores	1	0,7%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuarado # 1 indica que de los 138 pacientes encuestados, 125 pacientes asisten con más frecuencia al Centro de Salud, lo que corresponde al 90.6%; 11 pacientes asisten al seguro social lo que corresponde al 8.0%; 1 paciente asiste con más frecuencia para recibir atención odontológica a la consulta privada, lo que corresponde al 0.7%; y solo 1 paciente no asiste a ningún establecimiento para recibir atención odontológica, lo que corresponde al 0.7% de la muestra estudiada.

Como lo refiere la página web

www.sodeme.org/pdfs/ReglamentoEESSyServApoyoPublicoyNoPublicoDS%2013-2006.pdf

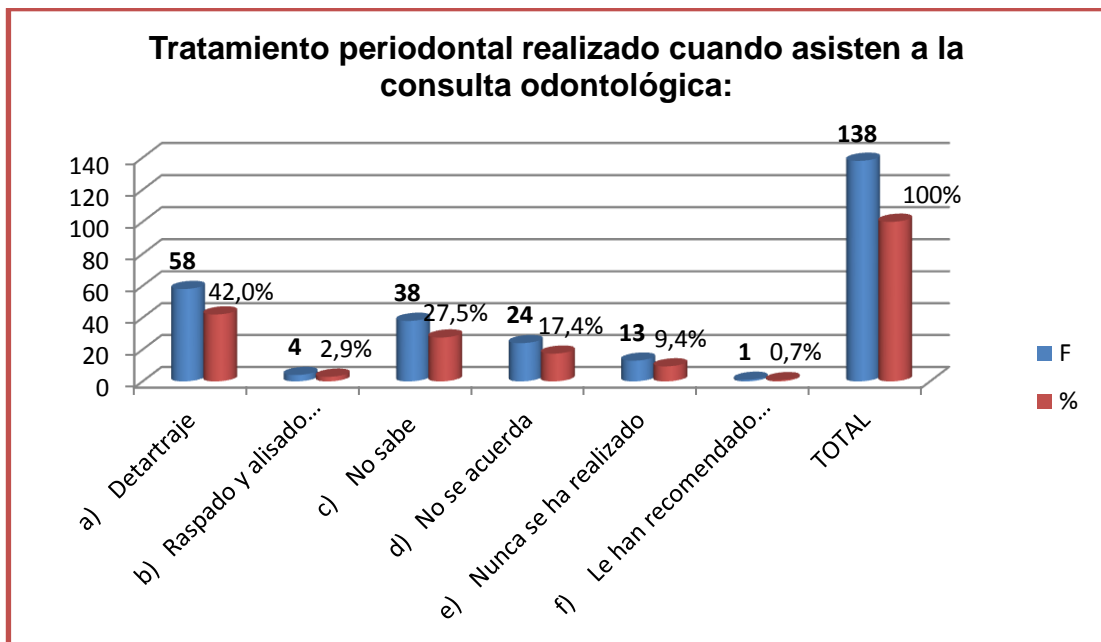
Con un ingreso mayor se podrían sustituir algunos derechos de acceso, de esta manera las necesidades tanto educacionales como de salud podrían ser satisfechas de manera privada. Entiéndase por establecimientos de salud aquellos que realizan, en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas. (Pág. 19).

De acuerdo con las encuestas realizadas, los resultados reflejaron que el 90,6% de los pacientes, acuden con más frecuencia para recibir atención odontológica a este Centro de Salud, debido a que es el establecimiento que está más cerca y es el más conveniente por la situación económica, ya que acudir a otros establecimientos demandaría más gastos y más aún si la consulta es privada.

GRAFICUADRO # 2

Cuando acude a la consulta odontológica ¿le han realizado el siguiente tratamiento periodontal?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Detartraje	58	42,0%
b) Raspado y alisado radicular	4	2,9%
c) No sabe	38	27,5%
d) No se acuerda	24	17,4%
e) Nunca se ha realizado	13	9,4%
f) Le han recomendado y no se lo ha realizado	1	0,7%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuario # 2 indica que de los 138 pacientes encuestados, 58 pacientes se han realizado detartraje lo que corresponde al 42,0%; 38 pacientes no saben si les han realizado este tratamiento, lo que corresponde al 27,5%; 24 pacientes no se acuerdan si les han realizado esta terapia periodontal, lo que corresponde al 17,4%; 13 pacientes refieren que nunca se han realizado este tipo de tratamiento, lo que corresponde al 9,4%; 4 pacientes se ha realizado raspaje y alisado radicular, lo que corresponde al 2,9%; y 1 paciente refiere que le han recomendado pero que no se lo ha realizado, lo que corresponde al 0,7% de la muestra estudiada.

Como lo indica Echeverría, J. Echeverría, A. En su libro *Manual de periodoncia*.

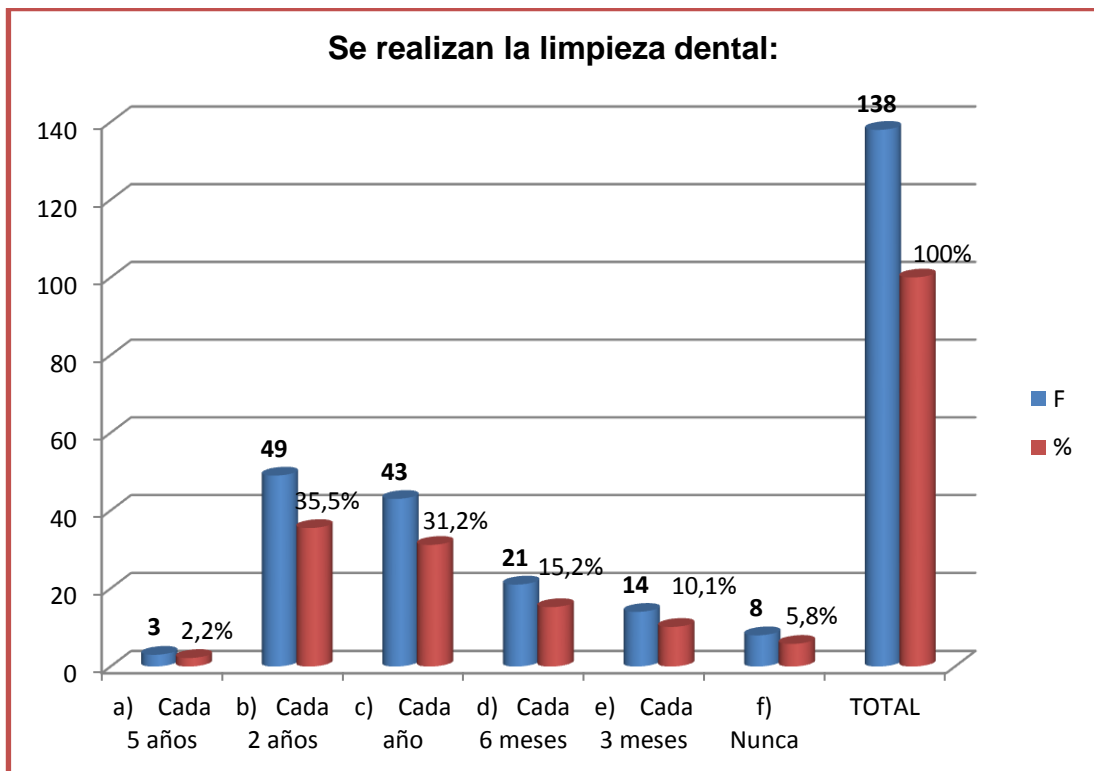
El objetivo principal del plan de tratamiento radica, en realizar mediante el raspado y el alisado, la eliminación de la placa y el cálculo; para deshacer el factor etiológico directo de la inflamación y destrucción de los tejidos periodontales y así conseguir una superficie radicular que sea biológicamente aceptable por los tejidos periodontales. (Pág. 55).

Según los resultados el 42,0% de la población, se ha realizado alguna vez detartraje, pero el 27,5% no sabe y mucho menos tienen conocimiento sobre esta terapia periodontal. Por lo que es conveniente hacer énfasis en culturalizar a la población calderonense que acude a este establecimiento de salud.

GRAFICUADRO # 3

¿Cada qué tiempo se realiza una limpieza bucal?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Cada 5 años	3	2,2%
b) Cada 2 años	49	35,5%
c) Cada año	43	31,2%
d) Cada 6 meses	21	15,2%
e) Cada 3 meses	14	10,1%
f) Nunca	8	5,8%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuario # 3 indica que de los 138 pacientes encuestados, 49 pacientes se realizan una limpieza cada 2 años, lo que corresponde al 35,5%; 43 pacientes se realizan limpieza dental cada año, lo que corresponde al 31,2%; 21 pacientes se realizan la limpieza dental cada 6 meses, lo que corresponde al 15,2%; 14 pacientes cada 3 meses, lo que corresponde al 10,1% de la población; 8 personas nunca se han realizado una limpieza dental, lo que corresponde al 5,8%; 3 pacientes se han realizado una limpieza bucal cada 5 años, lo que corresponde al 2,2% de la muestra estudiada.

Como lo indica Fuenmayor, V. Frambregues, S. En su libro *Manual de higiene bucal*.

Podemos definir el control de la PB como eliminación de placa microbiana y la prevención de su acumulación sobre los dientes y las estructuras vecinas. Por otra parte, el control de las bacterias que componen el biofilm de la placa también retarda la formación de cálculo dental. [...]. Sin ninguna duda podemos afirmar que el control de la PB es la parte más importante de todos los procedimientos que comprenden el tratamiento y la prevención de las enfermedades periodontales. (Pág.59, 60).

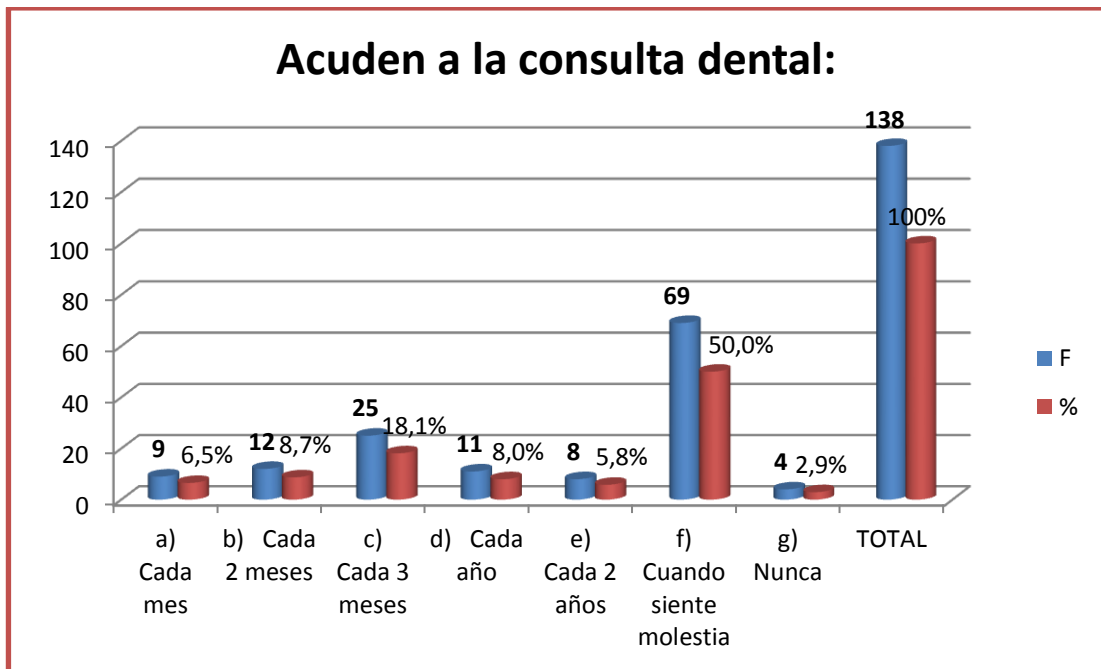
Un alto porcentaje de la población no acude a realizarse limpiezas dentales periódicamente, esto se debe a que la mayoría de la personas se dedican a las labores agrarias y trabajan como jornaleros, por lo que dedican muchas horas del día a esta actividad; lo que muchas veces les impide en cierto modo acudir a realizarse limpiezas bucales, sin dejar de mencionar la

enorme despreocupación que tienen por la salud oral, lo representa que un 35,5% acuden a realizarse profilaxis cada 2 años y el 31,2% cada año.

GRAFICUADRO # 4

¿Con qué frecuencia acude Ud. a la consulta odontológica?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Cada mes	9	6,5%
b) Cada 2 meses	12	8,7%
c) Cada 3 meses	25	18,1%
d) Cada año	11	8,0%
e) Cada 2 años	8	5,8%
f) Cuando siente molestia	69	50,0%
g) Nunca	4	2,9%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficcuadro # 4 indica que de 138 pacientes encuestados, 69 pacientes asisten a la consulta cuando tiene molestia dental, lo que corresponde al 50,0%; 25 pacientes acuden cada 3 meses lo que corresponde al 18,1%; 12 pacientes acuden cada 2 meses, lo que corresponde al 8,7%; 11 pacientes asisten cada año, lo que corresponde al 8,0%; 9 pacientes acuden cada mes a la consulta odontológica, lo que corresponde al 6,5%; 8 pacientes asisten cada 2 años, lo que corresponde al 5,8%; y 4 pacientes nunca se han realizado una limpieza dental, lo que corresponde al 2,9% de la muestra estudiada.

Como lo indica Rojas, F. Fuenmayor, V. En su libro *Manual de higiene bucal: Sociedad española de periodoncia y osteointegración*.

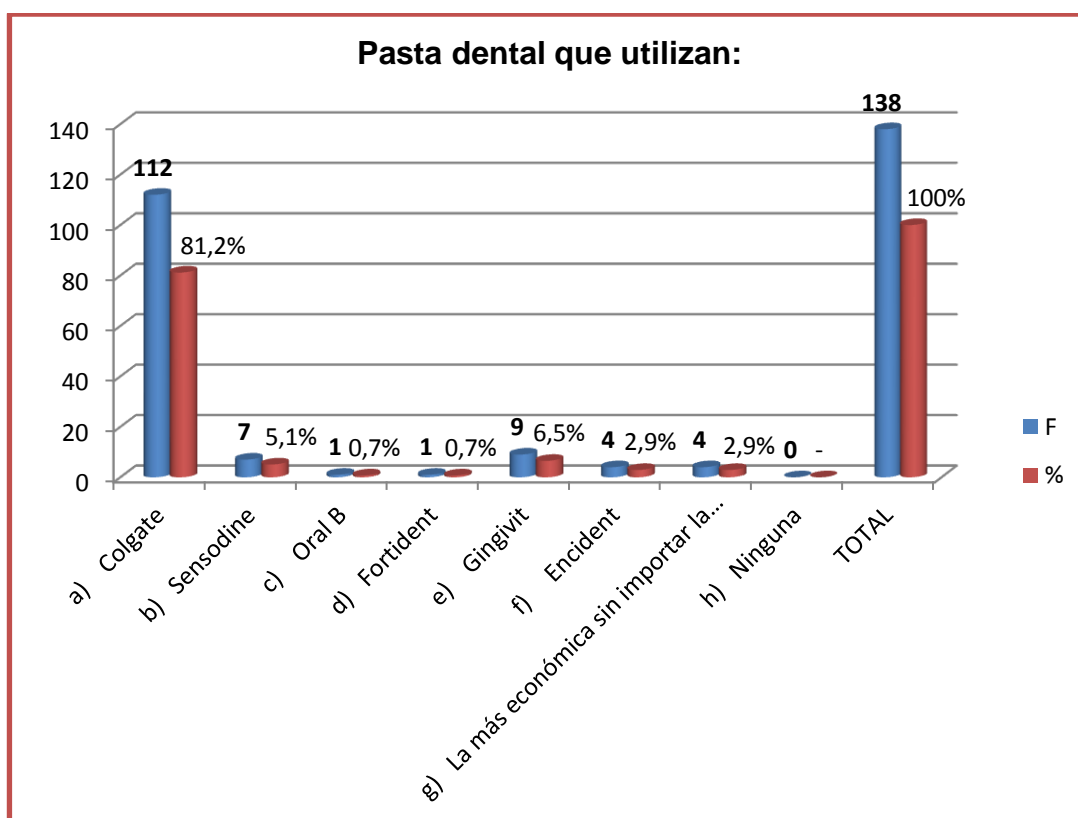
Parece razonable indicar una frecuencia de visitas al profesional al menos una vez al año en el caso de individuos de riesgo bajo a las enfermedades periodontales. Los individuos con mayor susceptibilidad, que padecen enfermedades periodontales o que han recibido tratamiento periodontal, necesitaran de un protocolo preventivo más ajustado a su situación periodontal; por lo general se aconseja que la frecuencias de visitas es estos casos sea cada tres a seis meses. (Pág. 64).

De acuerdo con los resultados de los formularios de las encuestas, el 50,0% de la población calderonense acuden a la consulta odontológica cuando sienten alguna molestia en la cavidad oral, sin antes preocuparse por cualquier medida de prevención para evitar las molestias bucales y sobre todo la enfermedad periodontal.

GRAFICUADRO # 5

¿Qué tipo de pasta dental utiliza?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Colgate	112	81,2%
b) Sensodine	7	5,1%
c) Oral B	1	0,7%
d) Fortident	1	0,7%
e) Gingivit	9	6,5%
f) Encident	4	2,9%
g) La más económica sin importar la marca	4	2,9%
h) Ninguna	0	0%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadro # 5 indica que de los 138 pacientes encuestados, 112 pacientes utilizan pasta dental colgate, lo que corresponde al 81,2%; 9 pacientes utilizan Gingivit para limpiar sus dientes, lo que corresponde al 6,5%; 7 pacientes utilizan Sensodine, lo que corresponde al 5,1%; 4 pacientes utilizan Encident lo que corresponde al 2,9%; de la misma forma 4 pacientes refieren que utilizan la pasta dental más económica sin importar la marca, lo que corresponde al 2,9%; 1 paciente utiliza oral B para limpiar sus dientes, lo que corresponde al 0,7%; de igual manera 1 paciente utiliza fortident, lo que corresponde al 0,7% de la muestra estudiada.

Como lo indica Gutiérrez, E. Iglesias, P. En su libro *Técnica de ayuda odontológica y estomatológica*.

“Las propiedades de las pastas dentales han de ser: servir como vehículo para la aplicación tópica de flúor, dejar una agradable sensación en la boca, no deteriorar el esmalte, y tener inhibidores enzimáticos contra la adherencia de la placa bacteriana”. (Pág. 61).

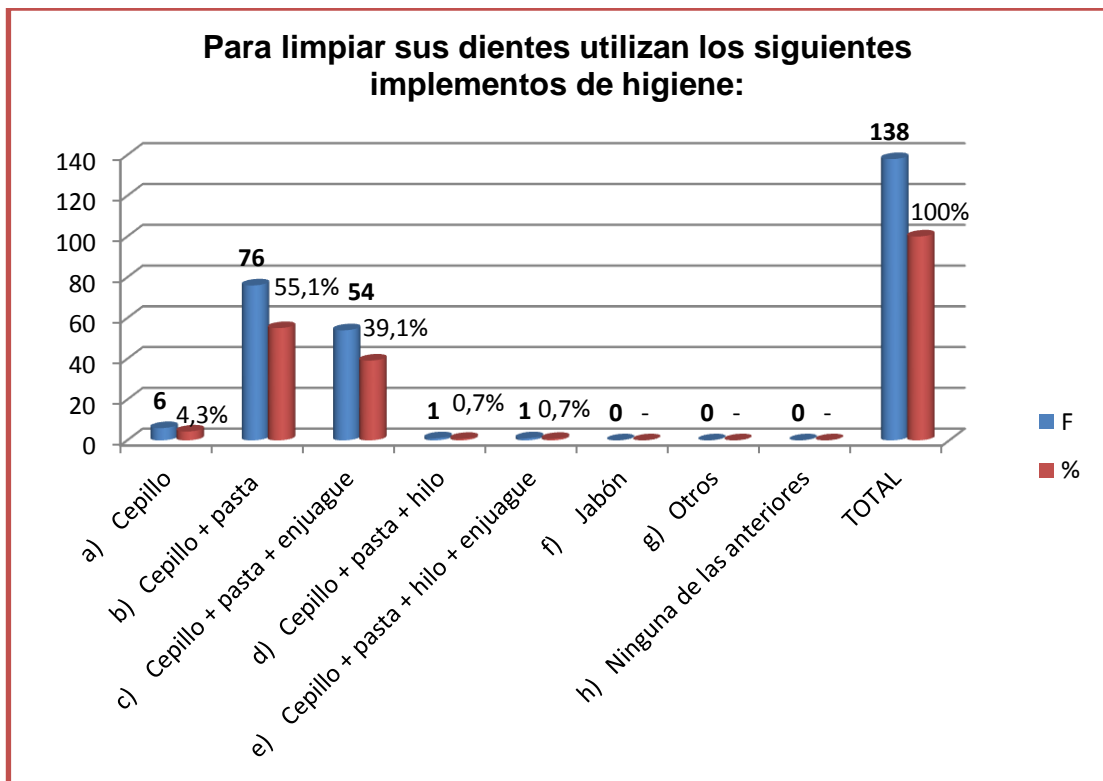
El principal agente de limpieza de la cavidad bucal esta representado por la pasta dental colgate, debido a que el 81,2% población la utiliza, ya que ésta cumple con las funciones requeridas por los pacientes: agradable sabor, previene la caries, además es la más reconocida en el mercado. Los pacientes con problemas periodontales, aunque no todos refieren que

utilizan Encident y Gingivit; existen algunos pacientes que por problemas de sensibilidad y utilizan Sensodine.

GRAFICUADRO # 6

¿Qué implementos de higiene oral utiliza para limpiar sus dientes?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Cepillo	6	4,3%
b) Cepillo + pasta	76	55,1%
c) Cepillo + pasta + enjuague	54	39,1%
d) Cepillo + pasta + hilo	1	0,7%
e) Cepillo + pasta + hilo + enjuague	1	0,7%
f) Jabón	0	0%
g) Otros	0	0%
h) Ninguna de las anteriores	0	0%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficadro # 6 indica que de 138 pacientes encuestados, 76 pacientes utilizan cepillo + pasta lo que corresponde al 55,1%; 54 pacientes utilizan para realizar su higiene oral pasta + cepillo + enjuague lo que corresponde al 39,1%; 6 pacientes utilizan como implemento de higiene el cepillo dental lo que corresponde a un 4,3%; 1 paciente utiliza cepillo + pasta + hilo lo que corresponde al 0,7%; y de igual manera 1 paciente utiliza cepillo + pasta + hilo + enjuague para realizar su higiene bucal diaria, lo que corresponde al 0,7% de la muestra estudiada.

Como lo indica Barrancos, M. En su libro *Operatoria dental: integración clínica*.

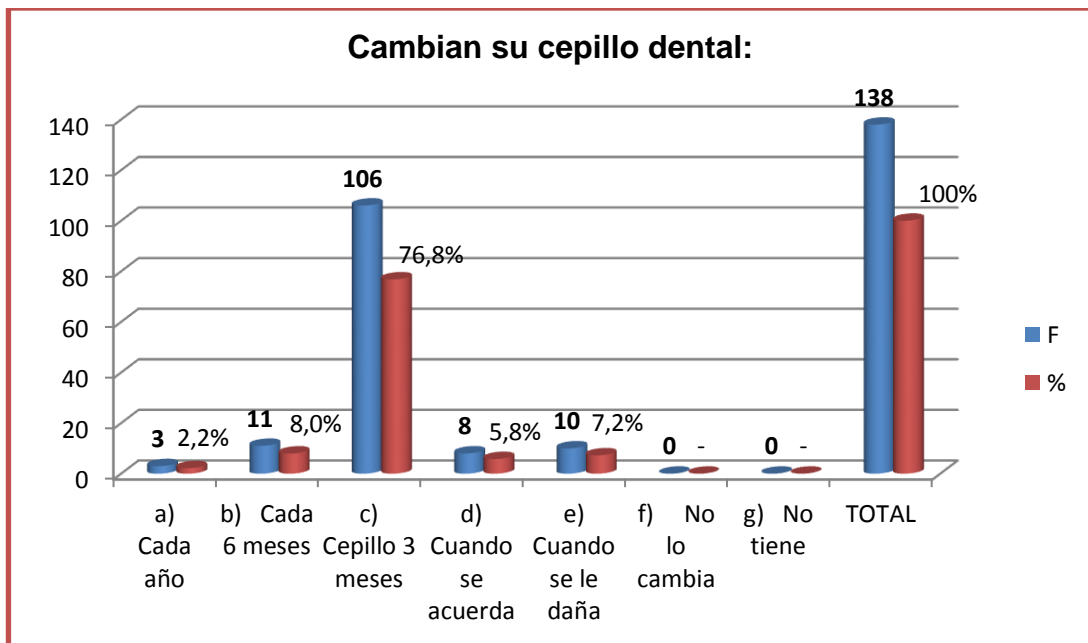
El cepillo dental es el instrumento fundamental para la eliminación mecánica de la placa y de otros depósitos. Su mango es recto, en uno de sus extremos tiene un conjunto de cerdas, perpendiculares al mango; estos se encuentran disponibles en el mercado en sus diferentes formas, tamaños y textura de cerdas. En la actualidad son fabricados con fibras sintéticas. (Pág. 60).

La mayoría de los pacientes debido a su escasa cultura y al bajo nivel educacional sobre los diferentes mecanismos de limpieza de la cavidad oral siempre ha utilizado como medio de limpieza la pasta y el cepillo dental; lo cual representa el 55,1% de la población encuestada. Sin embargo algunos pacientes refieren utilizar enjuague bucal por las mañanas y por las noches.

GRAFICUADRO # 7

¿Con qué frecuencia cambia su cepillo dental?

ALTERNATIVA	F	%
a) Cada año	3	2,2%
b) Cada 6 meses	11	8,0%
c) Cepillo 3 meses	106	76,8%
d) Cuando se acuerda	8	5,8%
e) Cuando se le daña	10	7,2%
f) No lo cambia	0	0%
g) No tiene	0	0%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuarro # 7 indica que de 138 pacientes encuestados, 106 pacientes lo cambian cada 3 meses, lo que corresponde al 76,8% de la población; 11 pacientes lo cambian cada 6 meses, lo que corresponde al 8,0% ; 10 pacientes lo cambian cuando se le daña, lo que corresponde al 7,2% de la población; 8 pacientes lo cambian cuando se acuerdan, lo que corresponde al 5,8% de la población; 3 pacientes cambian su cepillo dental cada año, lo que corresponde al 2,2% de la muestra estudiada.

Como lo indica Ferro, M. Gómez, M. En su libro *Periodoncia: fundamentos de la odontología*.

Seria aconsejable seguir las recomendaciones que brinda la Asociación Dental Americana (ADA) sobre el cuidado de los cepillos dentales. Estas son: no compartir los cepillos dentales para evitar el riesgo de infecciones cruzadas, limpiar los restos de crema dental y residuos con agua, colocarlo verticalmente al aire libre para que se sequen sus cerdas o cubrirlos y remplazarlos al menos cada 3-4 meses. Sin embargo, no hay evidencia científica que favorezca la reducción de la contaminación de microorganismos por medio de la utilización de antisépticos o sistemas de limpieza para cepillos dentales. (Pág. 60,61).

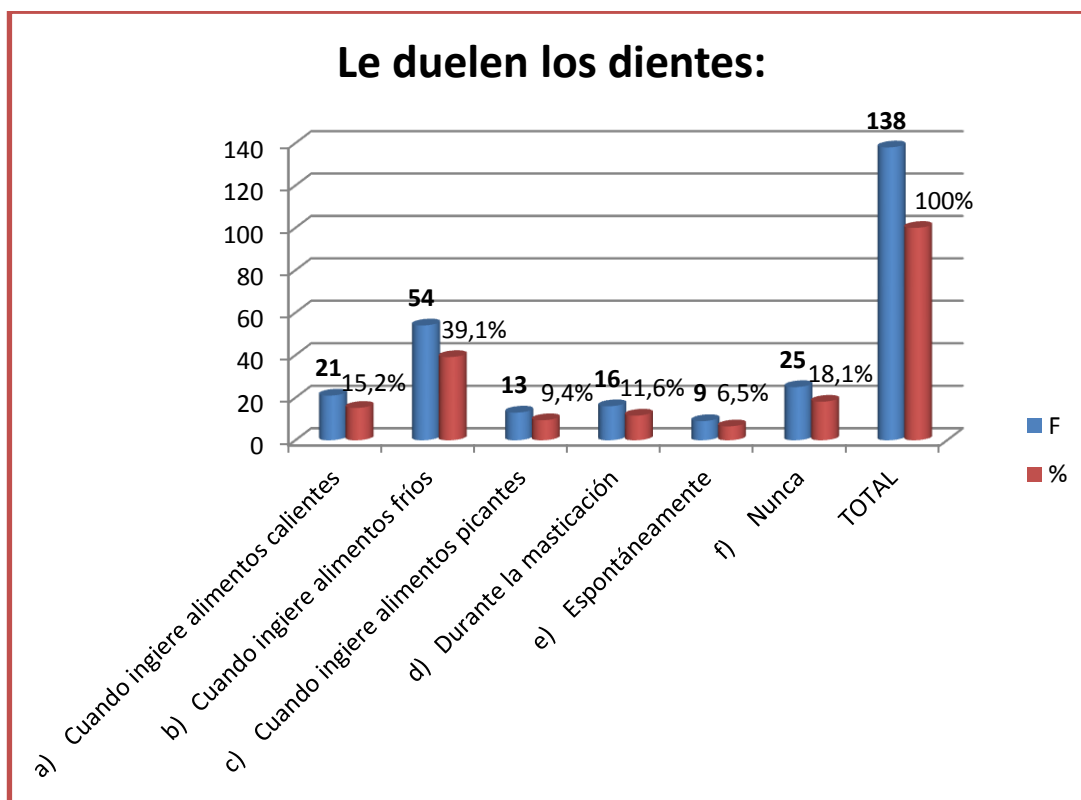
El cepillado dental es uno de los principales mecanismos de limpieza de la cavidad bucal, por lo tanto es indispensable cambiar el cepillo cada tres meses para mantener su funcionalidad y eliminar correctamente la placa bacteriana que es uno de los principales agentes etiológicos de la enfermedad periodontal. El 76,8% de la población que acude a este Centro

de Salud para recibir atención odontológica cambian el cepillo dental cada 3 meses.

GRAFICUADRO # 8

¿Le duelen los dientes?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Cuando ingiere alimentos calientes	21	15,2%
b) Cuando ingiere alimentos fríos	54	39,1%
c) Cuando ingiere alimentos picantes	13	9,4%
d) Durante la masticación	16	11,6%
e) Espontáneamente	9	6,5%
f) Nunca	25	18,1%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuarro # 8 indica que de 138 pacientes encuestados, 54 pacientes le duelen los dientes cuando ingieren alimentos fríos, lo que corresponde a un 39,1%; 25 pacientes nunca le duelen los dientes, lo que corresponde al 18,1%; 21 pacientes le duelen los dientes cuando ingieren alimentos calientes, lo que corresponde al 15,2%; 16 personas le duelen los dientes durante la masticación, lo que corresponde al 11,6%; 13 pacientes le duelen los dientes cuando ingiere alimentos picantes, lo que corresponde al 9,4%; 9 pacientes le duelen los dientes espontáneamente lo que corresponde al 6,5% de la muestra estudiada.

Como lo refiere la página web

www.perio-drelietermolina.com/EtapasdeLaenfermedadperiodontal2.html

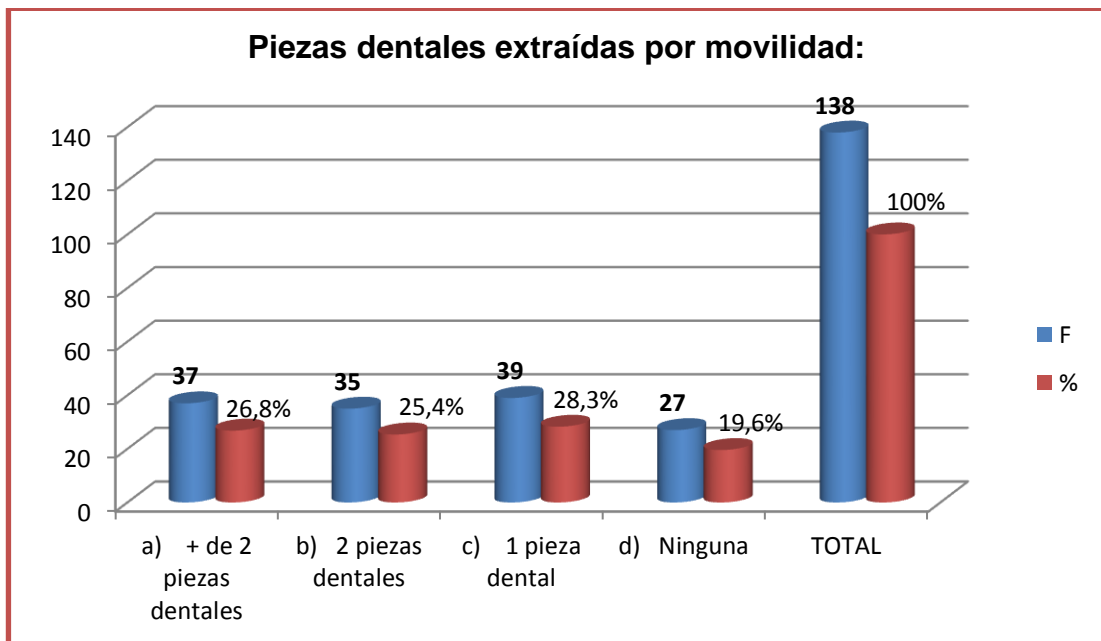
Conocida vulgarmente como piorrea, es una patología que afecta a las estructuras de soporte de los dientes, se produce por las bacterias que se encuentran en la placa bacteriana; originando infección e inflamación de los tejidos. Esta no provoca dolor hasta sus etapas más avanzadas y aun así algunos casos avanzados no provocan dolor. (Pág. 35).

Por lo general los pacientes con enfermedad periodontal refieren dolor ante la presencia de los cambios térmicos, como el frío o el calor y también durante la masticación; el 39,1% de la población sufre de estas molestias cuando ingiere alimentos fríos, sin embargo esta patología muchas veces no provoca dolor y esta representado por el 18,1 % de la población.

GRAFICUADRO # 9

¿Se ha extraído piezas dentales por movilidad?

ALTERNATIVAS	F	%
a) + de 2 piezas dentales	37	26,8%
b) 2 piezas dentales	35	25,4%
c) 1 pieza dental	39	28,3%
d) Ninguna	27	19,6%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El grafic cuadro # 9 indica que de 138 pacientes encuestados, 39 pacientes revelaron que se han extraído 1 pieza dental, lo que corresponde al 28,3%; 37 pacientes revelaron que se han extraído + de 2 piezas dentales por movilidad, lo que corresponde al 26,8%; 35 pacientes indicaron que se han extraído + de 2 piezas dentales, lo que corresponde al 25,4%; y 27 pacientes indicaron no haberse realizado ninguna extracción por movilidad, lo que corresponde al 19,6% de la muestra estudiada.

Como lo indica Echeverría, J. Echeverría, A. En su libro *Manual de periodoncia*.

La movilidad dentaria traduce en realidad la distancia del diente a la cresta ósea alveolar lo que significa que esta directamente en relación con la anchura del espacio periodontal a este nivel, reflejando la falta de estabilidad del diente. Hay que tener claro que con periodontitis el diente se mueve porque el soporte óseo se reduce, mientras que como consecuencia de una fuerza excesiva el diente se mueve porque se ensancha el espacio periodontal. (Pág. 44).

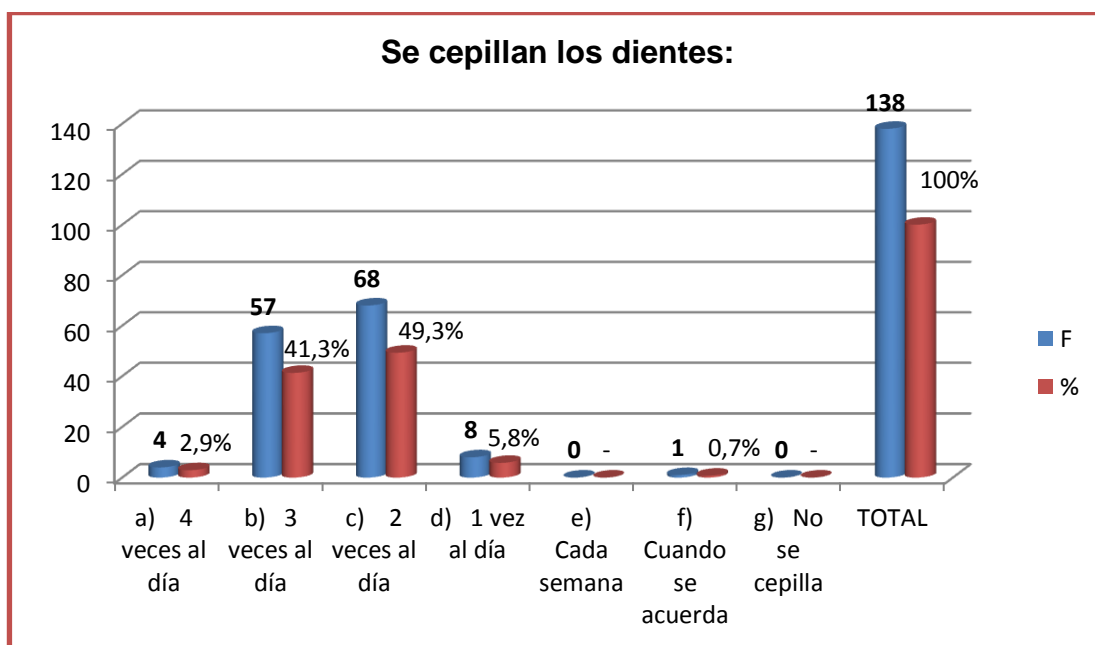
La movilidad es uno de los principales efectos de la enfermedad periodontal y esta representada por el 28,3% de la población, la cual refiere que alguna vez en su vida han presentado movilidad en una pieza dental; sin embargo se puede presentar movilidad en más de 2 piezas dentales, conforme vaya

progresando la enfermedad, como lo representa el 26,8% de la población encuestada.

GRAFICUADRO # 10

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?

ALTERNATIVAS	F	%
a) 4 veces al día	4	2,9%
b) 3 veces al día	57	41,3%
c) 2 veces al día	68	49,3%
d) 1 vez al día	8	5,8%
e) Cada semana	0	0%
f) Cuando se acuerda	1	0,7%
g) No se cepilla	0	0%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuarro # 10 indica que de 138 pacientes encuestados, 68 pacientes se cepillan 2 veces al día, lo que corresponde al 49,3%; 57 pacientes se cepillan 3 veces al día, lo que corresponde al 41,3%; 8 pacientes se cepillan 1 vez al día, lo que corresponde al 5,8%; 4 pacientes se cepillan los dientes 4 veces al día, lo que corresponde a un 2,9%; y el 1 paciente se cepilla los dientes cuando se acuerdan, lo que corresponde al 0,7% de la muestra estudiada.

Como lo indica Rojas, F. Fuenmayor, V. En su libro *Manual de higiene bucal: Sociedad española de periodoncia y osteointegración*.

Es la eliminación mecánica eficaz de la placa dental supragingival y subgingival, la misma que puede realizar el propio individuo. En general se debe recomendar cepillarse 3 veces la día (una después de cada comida) de las cuales una debe hacer de forma minuciosa, generalmente por las noches, debido a que hay menor autoclisis por el reposo muscular.

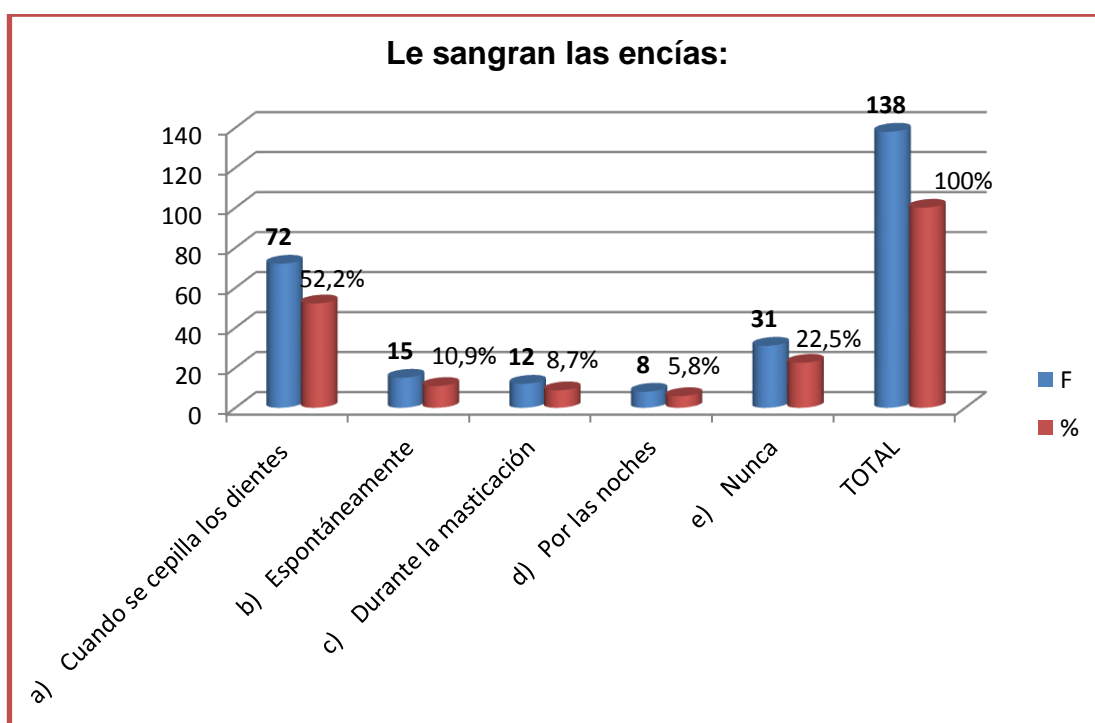
(Pág. 60).

Es recomendable que se realice el cepillado dental tres veces al día para eliminar la placa bacteriana. Sin embargo solo el 41,3% de la población encuestada lo pone en práctica; en cambio el 49,3% de las personas lo realizan dos veces al día, ya sea por motivos laborales o por despreocupación.

GRAFICUADRO # 11

¿Le sangran las encías?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Cuando se cepilla los dientes	72	52,2%
b) Espontáneamente	15	10,9%
c) Durante la masticación	12	8,7%
d) Por las noches	8	5,8%
e) Nunca	31	22,5%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El grafic cuadro # 11 indica que de 138 pacientes encuestados, 72 pacientes le sangran las encías cuando se cepillan los dientes, lo que corresponde al 52,2%; 31 pacientes nunca le sangran las encías, lo que corresponde a un 22,5%; 15 pacientes le sangran las encías espontáneamente, lo que corresponde al 10,9%; 12 pacientes le sangran las encías durante la masticación, lo que corresponde al 8,7 %; 8 pacientes le sangran las encías por las noches, lo que corresponde a un 5,8% de la muestra estudiada.

Como lo indica, Navarro, C. En su libro *Cirugía oral*.

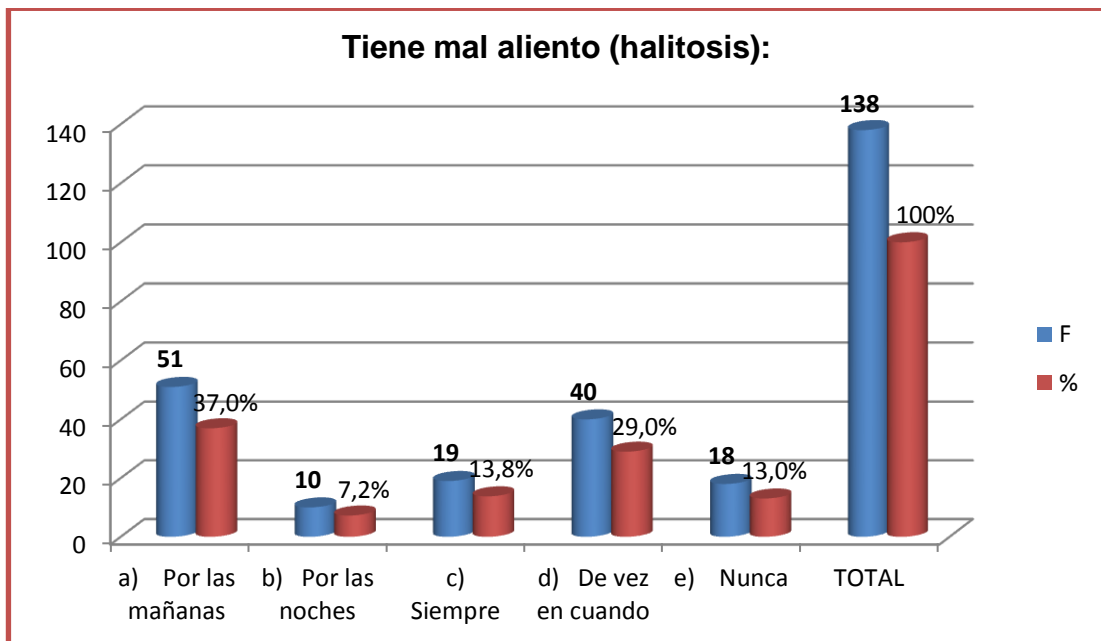
Los principales signos de la inflamación son el enrojecimiento y el edema gingival junto con el sangrado al sondaje, la supuración y el aumento del exudado gingival. Asimismo es también necesario determinar la presencia y distribución de la placa y el cálculo. El sangrado es el signo mas objetivo, pudiendo ser espontáneo o producirse ante determinados estímulos como el sondaje, y es utilizado para elaborar índices de presencia de grado de inflamación. (Pág. 42).

El sangrado es uno de los principales signos de la enfermedad periodontal, el 52,2% de la población refiere presentar sangrado cuando se realiza el cepillado dental, debido a ello las personas no realizan un cepillado minucioso y no eliminan eficazmente la placa bacteriana, y por ende aumenta el nivel de inflamación y con ello el sagrado va a ser más profuso.

GRAFICUADRO # 12

¿Tiene Ud. mal aliento (halitosis)?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Por las mañanas	51	37,0%
b) Por las noches	10	7,2%
c) Siempre	19	13,8%
d) De vez en cuando	40	29,0%
e) Nunca	18	13,0%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuarro # 12 indica que de 138 pacientes encuestados, 51 pacientes tiene mal aliento por las mañanas, lo que corresponde al 37,0%; 40 pacientes indican que tienen halitosis de vez en cuando, lo que corresponde al 29,0%; 19 pacientes refieren tener halitosis siempre, lo que corresponde al 13,8%; 18 pacientes refieren no haber tenido halitosis nunca lo que corresponde al 13,0% y 10 pacientes refiere tener halitosis por las noches, lo que corresponde al 7,2% de la muestra estudiada.

Como lo indica Robert, S. Porter, M. Justin, L. Kaplan, M. Bárbara, P. Homeirer, M. En su libro *Manual de Merck de signos y síntomas del paciente: diagnóstico y tratamiento*.

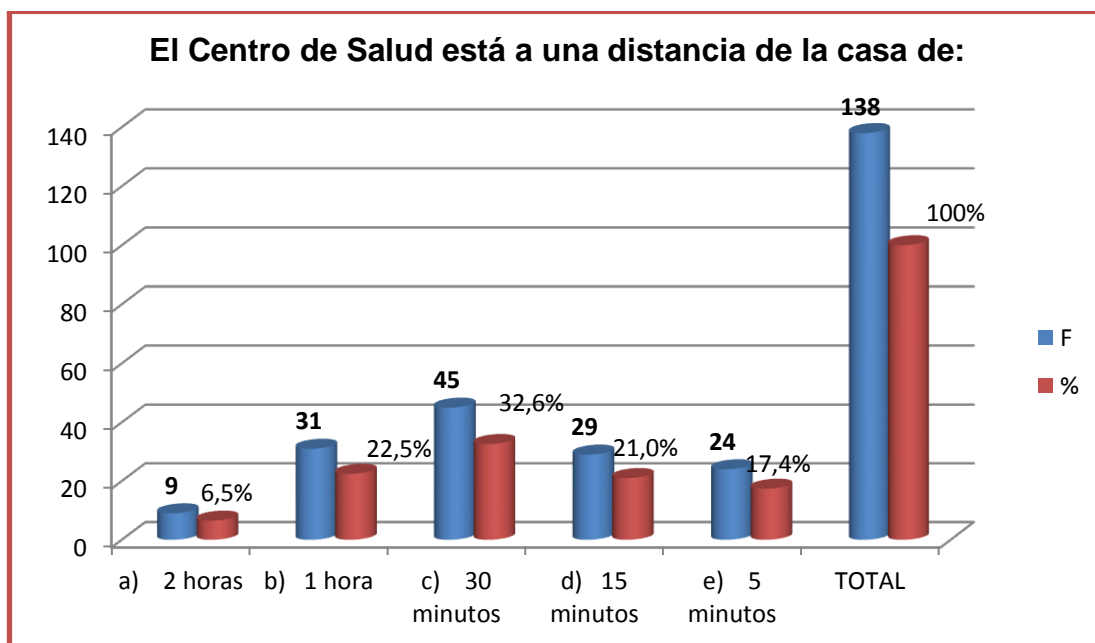
“En general la halitosis es el resultado de la fermentación de partículas de comida causada por las bacterias anaerobias gramnegativas de la boca, que producen componentes de azufre volátiles, tales como el sulfuro de hidrógeno y el metil mercaptano”. (Pág. 46).

Según las encuestas realizadas la mayor parte de la población presentan halitosis por las mañanas, lo que esta representado por el 37,0% de la población encuestada. Es común que las personas que tienen alteraciones periodontales presente mal aliento, debido a la gran cantidad de microorganismos que habitan en la cavidad bucal.

GRAFICUADRO # 13

¿Qué tan lejos está éste Centro de Salud de su casa?

ALTERNATIVAS	F	%
a) 2 horas	9	6,5%
b) 1 hora	31	22,5%
c) 30 minutos	45	32,6%
d) 15 minutos	29	21,0%
e) 5 minutos	24	17,4%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuarro # 13 indica que de 138 pacientes encuestados, 45 pacientes están a 30 minutos lo que corresponde al 32,6%; 31 pacientes a 1 hora lo que corresponde al 22,5%; 29 pacientes están a 15 minutos, lo que corresponde a 21,0%; 24 pacientes a 5 minutos, lo que corresponde al 17,4%; 9 pacientes refieren que están a 2 horas de distancia desde su casa al Centro de Salud, lo que corresponde al 6,5% de la muestra estudiada.

Como lo indica Menéndez, J. En su libro *Fundamentos de la economía para la sociedad del conocimiento*.

Todos los países están en proceso de desarrollo, aun los desarrollados siguen desarrollándose para evitar un estancamiento y menos un retroceso; el desarrollo económico representa mejores niveles de vida para la población, existiendo un crecimiento del empleo con mejores ingresos para los trabajadores, mejores escuelas en las que puedan educarse mayor número de personas, así como acceder a mejores niveles de servicio de salud. Por su parte el desarrollo social permite que el ser humano se convierta en un miembro activo en la sociedad y pueda disfrutar de sus derechos. (Pág. 15).

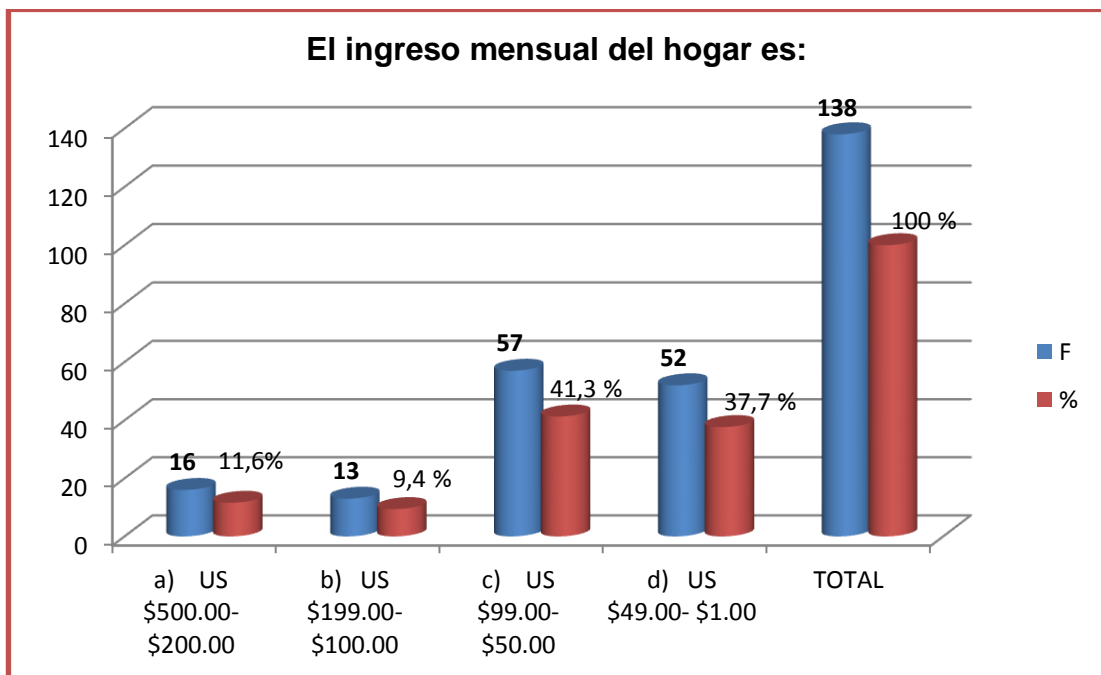
La mayoría de la población que acude a la consulta odontológica está a 30 minutos de distancia, desde su hogar al Centro de salud, lo que corresponde a un 32,6%, debido a ello no asisten a realizarse una profilaxis como medida preventiva; y esto se debe muchas veces porque que estas personas tienen

que cruzar ríos, esteros y muchas veces salir a pie hasta coger algún medio de transporte que les lleve hasta el Centro de Salud.

GRAFICUADRO # 14

¿Cuál es el ingreso mensual en el hogar?

ALTERNATIVAS	F	%
a) US \$500.00- \$200.00	16	11,6%
b) US \$199.00- \$100.00	13	9,4%
c) US \$99.00- \$50.00	57	41,3%
d) US \$49.00- \$1.00	52	37,7%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El grafic cuadro # 14 indica que de 138 pacientes encuestados, 57 pacientes indicaron que su ingreso es de \$99.00 a \$50.00 lo que corresponde a un 41,3%; 52 pacientes revelaron que su ingreso es de \$49.00 a \$ 1.00, lo que corresponde al 37,7%; 16 pacientes refirieron que su ingreso es de \$500.00 a \$200.00 lo que corresponde al 11,6%; 13 pacientes tienen un ingreso mensual en el hogar de \$199.00 a \$ 100.00 lo corresponde al 9,4% de la muestra estudiada.

Como lo indica, OECD En su libro *Panorama de la educación 2010: indicadores de la OCDE*.

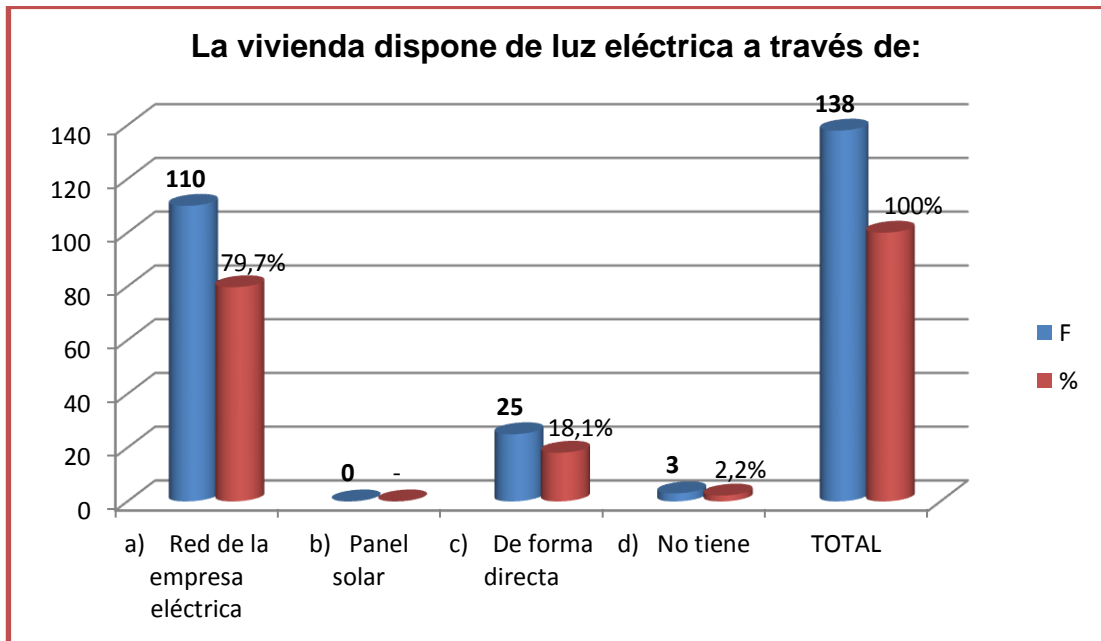
“Una ventaja de ingresos elevada y en alza puede en muchos casos indicar que hay una oferta reducida de personas con un alto nivel educativo, y por su puesto se le da el caso contrario si la ventaja de ingresos es baja y descendente. La consecuencia de haber un número bajo de personas con un alto nivel educativo en el mercado de trabajo aumenta la desigualdad de ingresos, [...]”. (Pág. 22,23).

El ingreso es el principal medio de sustentación de los hogares, la falta de dinero es lo que les impide muchas veces gozar de una vida digna y cubrir las necesidades básicas para un buen vivir. Existen hogares que sobreviven con un mensual que oscila entre \$ 100.00 – 50.00 dólares, como lo refleja el 41,3% de la población encuestada y el 37,7% con un ingreso mensual de \$ 50.00 – 1.00.

GRAFICUADRO # 15

¿Dispone la vivienda de luz eléctrica?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Red de la empresa eléctrica	110	79,7%
b) Panel solar	0	0%
c) De forma directa	25	18,1%
d) No tiene	3	2,2%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El grafic cuadro # 15 indica que de 138 pacientes encuestados, 110 pacientes disponen de luz eléctrica de la empresa, lo que corresponde a un 79,7%; y 25 pacientes disponen de luz eléctrica de forma directa; lo que corresponde al 18,1%; y 3 pacientes no tienen luz, lo que corresponde al 2,2% de la muestra estudiada.

Como lo refiere la página web

newton.cnice.mec.es/materiales_didacticos/energia/electrica.htm

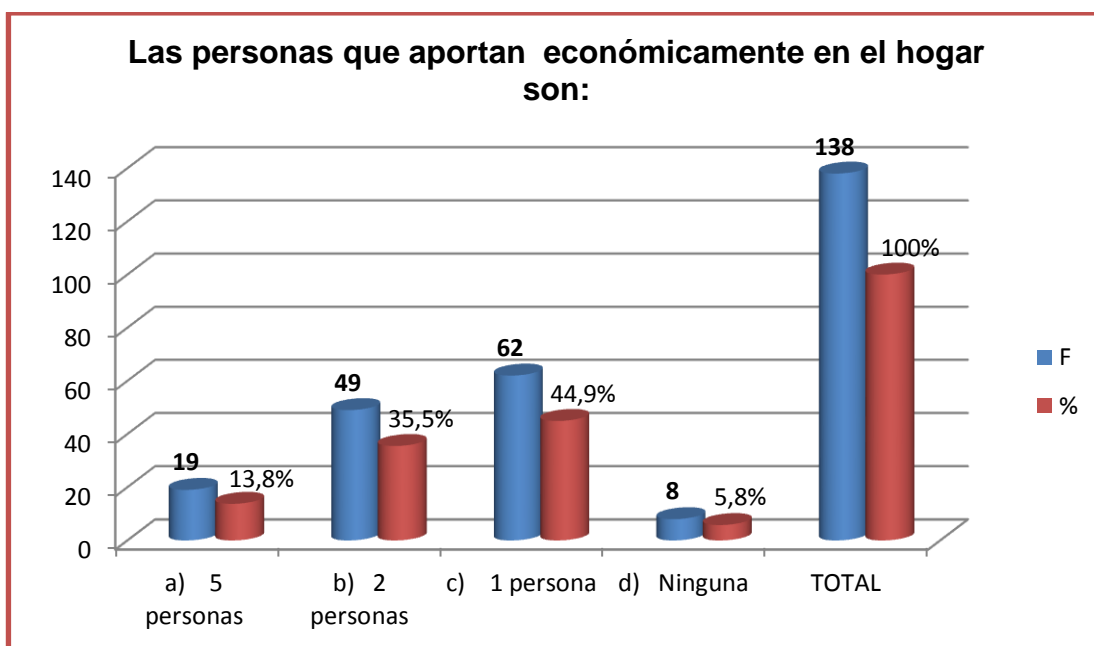
“La Energía eléctrica es causada por el movimiento de las cargas eléctricas en el interior de los materiales conductores. Esta energía produce, fundamentalmente, 3 efectos: luminoso, térmico y magnético. Ej.: La transportada por la corriente eléctrica en nuestras casas y que se manifiesta al encender una bombilla”. (Pág. 28).

La luz es uno de los servicios básicos principales, el 79,7% de la población encuestada cuenta con este servicio que es dirigido por la empresa eléctrica; sin embargo existen poblaciones que no cuentan con la presencia de medidores de la empresa eléctrica por lo tanto lo deben de tomar luz de manera arbitraria de los postes, que muchas veces ponen en peligro sus vidas y las de los suyos.

GRAFICUADRO # 16

¿Cuántas personas aportan económicamente en el hogar?

ALTERNATIVAS	F	%
a) 5 personas	19	13,8%
b) 2 personas	49	35,5%
c) 1 persona	62	44,9%
d) Ninguna	8	5,8%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuarro # 16 indica que de 138 pacientes encuestados, 62 pacientes indicaron que 1 persona aporta económicamente en el hogar, lo que corresponde al 44,9%; 49 pacientes indicaron que 2 personas aportan económicamente en sus hogares, lo que corresponde al 35,5%; 19 pacientes refirieron que en sus hogares 5 personas aportan económicamente, lo que corresponde al 13,8%; y 8 pacientes indicaron que ninguna persona aporta económicamente en el hogar, lo que corresponde al 5,8% de la muestra estudiada.

Como lo refiere la página web

www.alegsa.com.ar/Definicion/de/nivel_socioeconomico.php

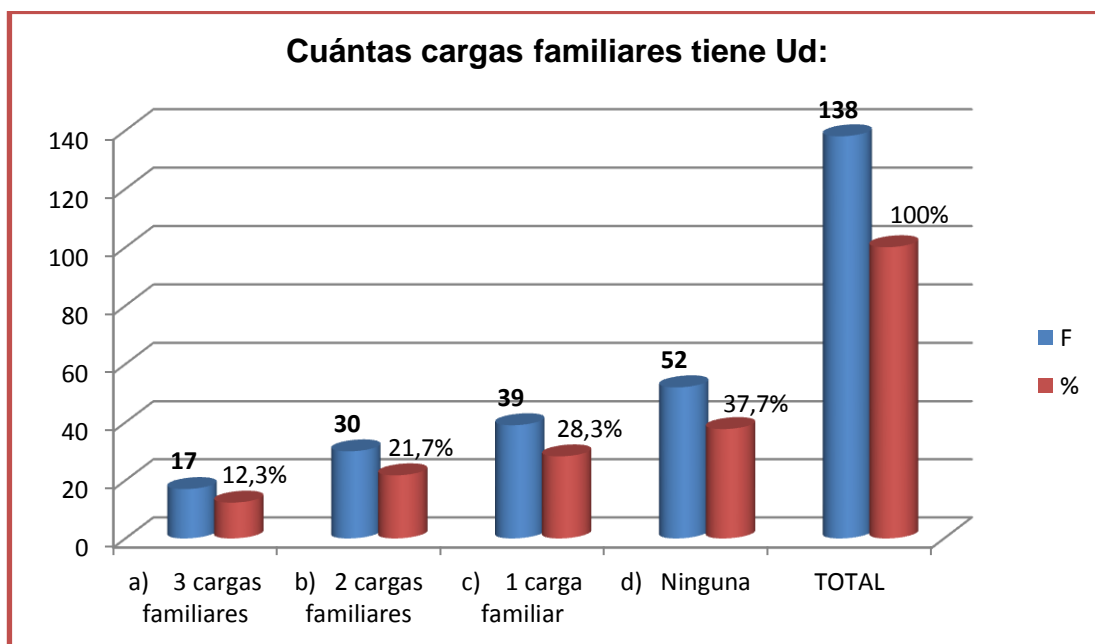
“Jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto al resto. Usualmente se mide por el ingreso como individuo y/o como grupo, y otros factores como ser equipamiento del hogar, condiciones generales en las que vive, nivel educativo, etc. Básicamente el nivel socioeconómico puede ser nivel bajo, medio o alto, aunque dependiendo del estudio que se hace, pueden separarse en más niveles”. (Pág.10).

En la población investigada, la mayoría de las familias tienen 1 persona que aporta económicamente en sus hogares, lo que está representado por el 44,9% de la población, debido a ello muchos hogares carecen de lo esencial para la sustentación diaria, ya que sus ingresos son bajos debido a se emplean como jornaleros o reciben el bono de desarrollo humano.

GRAFICUADRO # 17

¿Cuántas cargas familiares tiene Ud.?

ALTERNATIVAS	F	%
a) 3 cargas familiares	17	12,3%
b) 2 cargas familiares	30	21,7%
c) 1 carga familiar	39	28,3%
d) Ninguna	52	37,7%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuario # 17 indica que de 138 pacientes encuestados, 52 pacientes refirieron no tener cargas familiares lo que corresponde al 37,7%; 39 pacientes indicaron tener 1 carga familiar, lo que corresponde al 28,3%; 30 pacientes indicaron tener 2 cargas familiares, lo que corresponde al 21,7%; 17 pacientes indicaron tener 3 cargas familiares, lo que corresponde al 12,3% de la muestra estudiada.

Como lo indica Pereda, F. En su libro *Las cargas familiares: El régimen económico de las familias en crisis*.

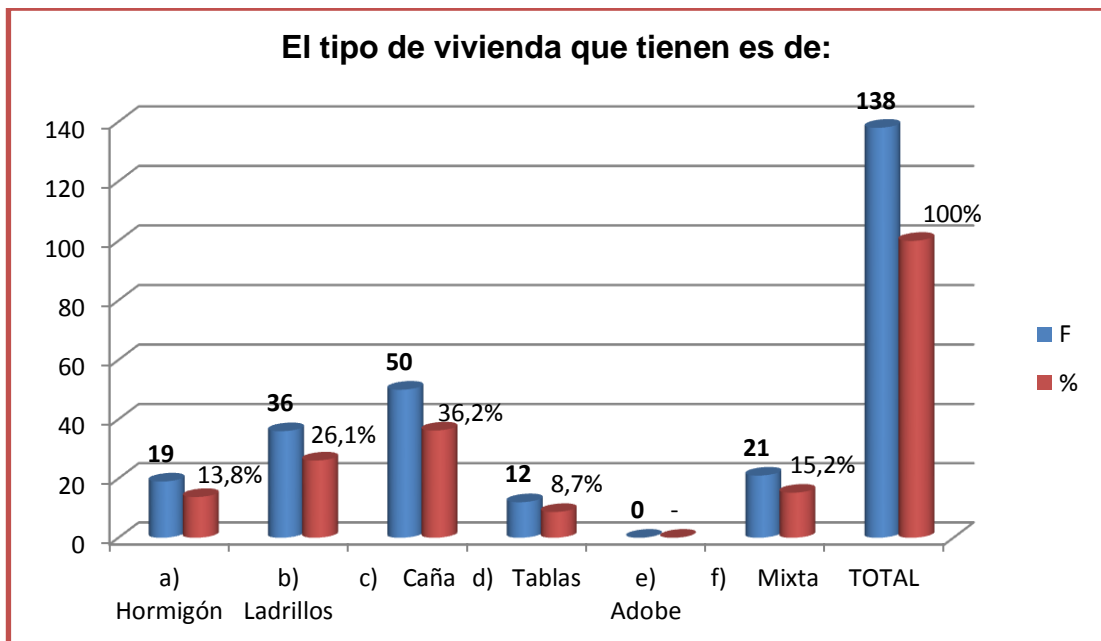
[...] El concepto de cargas familiares es genérico y describe el ámbito de la institución con base en los criterios de necesidad, uso e interés de la familia. El concepto de gasto es descriptivo de las partidas concretas que deben atenderse con el sistema de cargas. Pero el gasto solo será computable como carga familiar cuando responda a la necesidad familiar y suponga el uso por parte de la familia o de alguno de sus miembros del bien adquirido o servicio disfrutado. [...]. (Pág. 26).

De acuerdo a la investigación realizada 37,7% de la población no tienen cargas familiares debido a que la siguiente investigación fue realizada a personas de 35 – 75 años, por lo que la mayoría de los adultos mayores ya viven solos o con su cónyuge. Aunque hay algunos que están solos y algún vecino les acompaña.

GRAFICUADRO # 18

¿Qué tipo de vivienda tiene Ud.?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Hormigón	19	13,8%
b) Ladrillos	36	26,1%
c) Caña	50	36,2%
d) Tablas	12	8,7%
e) Adobe	0	0%
f) Mixta	21	15,2%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuarro # 18 indica que de los 138 pacientes encuestados, 50 pacientes refieren tener casas de caña, lo que corresponde al 36,2% de la población; 36 pacientes tienen casas de ladrillos, lo que corresponde al 26,1%; 21 pacientes tienen casa tipo mixta, lo que equivale al 15,2%; 19 pacientes indicaron tener viviendas de hormigón, lo que corresponde al 13,8%; 12 pacientes tiene casas de tablas, lo que corresponde al 8,7% de la muestra estudiada.

Como lo refiere la página web

www.tiposde.org/construccion/219-tipos-de-viviendas/

Son edificaciones que ofrecen refugio a los seres humanos y le protegen de las *condiciones* climáticas, además les permiten guardar los bienes adquiridos, y desarrollar sus actividades cotidianas. Las viviendas rurales, están hechas a base de caña guadúa, madera, y antiguamente de adobe; halladas en el campo, tienen a su alrededor grandes espacios de tierra sin edificar, que son útiles para las tareas del campo, como la agricultura y la ganadería. En cambio las viviendas urbanas, ubicadas en las ciudades, tienen menos contacto con la naturaleza y menos espacios verdes; a su vez, contienen usualmente más tecnología y se encuentran más cerca del comercio.

- Vivienda unifamiliar.- Habitada por una sola familia

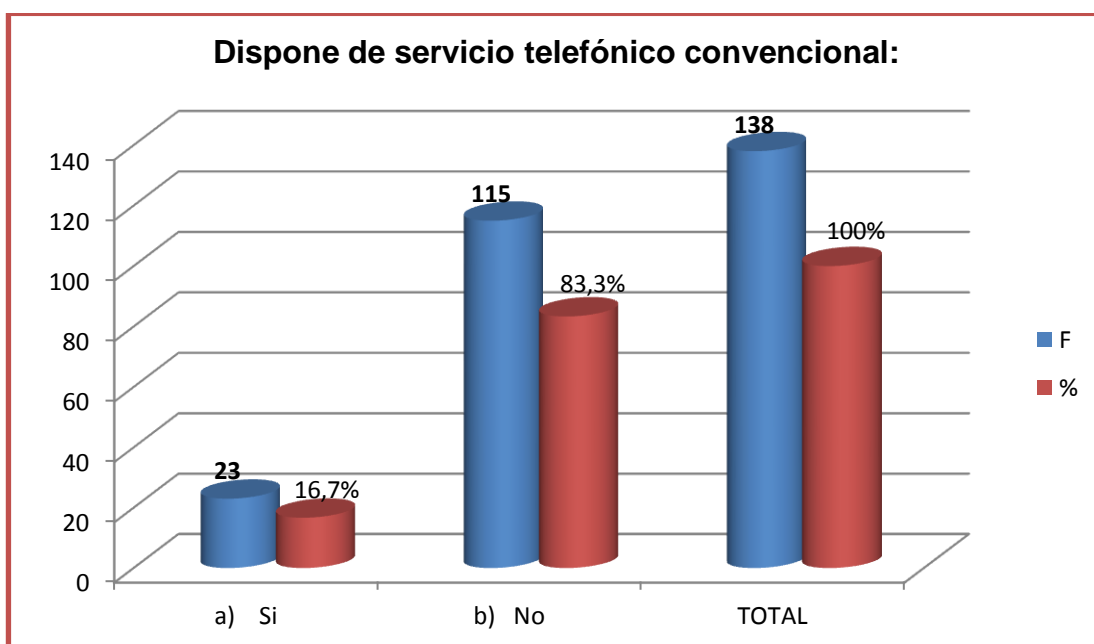
- Vivienda plurifamiliar.- Cuando varias familias habitan en la misma vivienda pero en diferentes departamentos. (Pág. 27).

Esta investigación fue realizada a personas que habitan en zona rural, donde la mayoría de la población tiene sus casas construidas a base de caña guadúa, lo que está representado por el 36,2% de la población. Además es fácil de construir y está al alcance económico de la población.

GRAFICUADRO # 19

¿Dispone la vivienda de servicio telefónico convencional?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Si	23	16,7%
b) No	115	83,3%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuarro # 19 indica que de 138 pacientes encuestados, 115 pacientes no disponen de servicio telefónico, lo que corresponde al 83,3%; 23 pacientes si cuentan con el servicio telefónico convencional, lo que corresponde al 16,7%; de la muestra estudiada.

Como lo refiere la página web

www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/123

“El conjunto de necesidades y los indicadores normalmente considerados han sido los siguientes:

a) *Hacinamiento*: Familias que habitan unidas con más de tres personas por cuarto.

b) *Tipo de casa*: Familias que habitan viviendas inadecuadas (cuartos de alquiler, vivienda precaria).

c) *Servicios sanitarios*: Familias que viven en casas sin ningún tipo de saneamiento.

d) *Educación*: Familias en las que por lo menos un niño en edad escolar (6-12 años) no asiste a la escuela primaria.

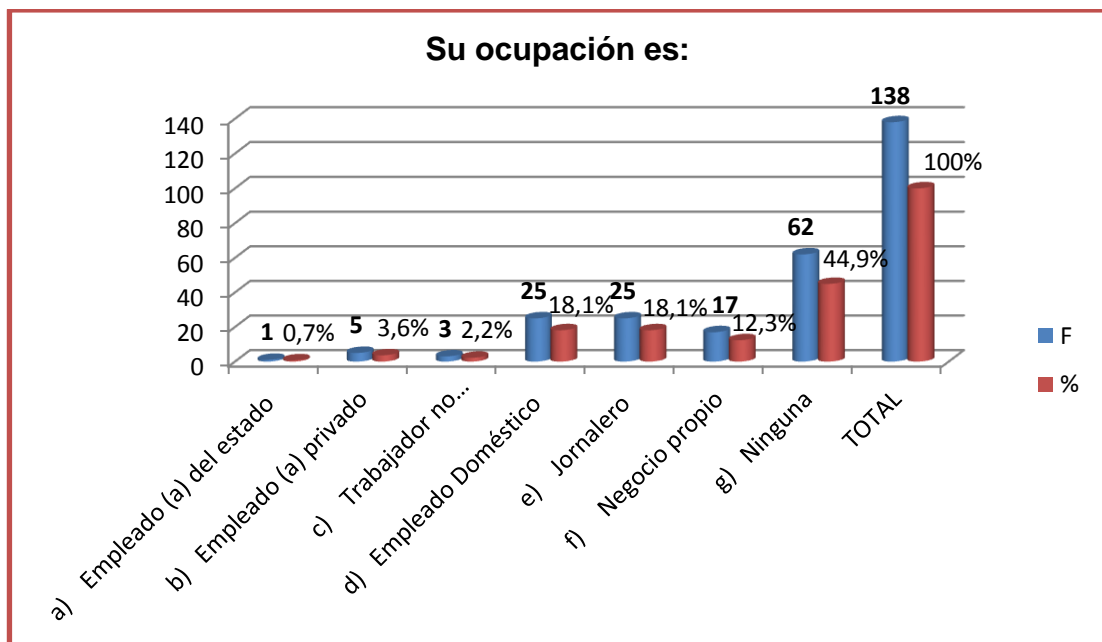
e) *Criterios combinados* (que indican una probable falta de ingreso adecuado): Familias con cuatro o más personas por miembro ocupado, en las que su jefe tiene un bajo nivel de educación (asistió hasta dos años a la primaria)”. (Pág. 18).

De acuerdo a la ubicación geográfica y situación económica de la población, se le hace difícil acceder a este servicio, como lo indica el 83,3% de la población.

GRAFICUADRO # 20

¿Actualmente cuál es su ocupación?

ALTERNATIVA	F	%
a) Empleado (a) del estado	1	0,7%
b) Empleado (a) privado	5	3,6%
c) Trabajador no remunerado	3	2,2%
d) Empleado Doméstico	25	18,1%
e) Jornalero	25	18,1%
f) Negocio propio	17	12,3%
g) Ninguna	62	44,9%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuarro # 20 indica que de las 138 encuestas realizadas, 62 pacientes no tienen ninguna ocupación, lo que corresponde al 44,9%; 25 pacientes indicaron que se ocupaban como empleados domésticos, lo que corresponde al 18,1%; 25 pacientes indicaron que eran jornaleros lo que corresponde al 18,1%; 17 pacientes tienen negocios propios, lo que corresponde al 12,3%; 5 pacientes son empleados privados, lo que corresponde al 3,6%; 3 pacientes indicaron que son trabajadores no remunerados, lo que corresponde al 2,2%; 1 paciente refirió ser empleado del estado, lo que corresponde al 0,7% de la muestra estudiada.

Como lo indica Menéndez, J. En su libro *Fundamentos de la economía para la sociedad del conocimiento*.

“Es la actividad humana mediante la cual se adaptan y transforman los elementos de la naturaleza (producción) con el fin de satisfacer las necesidades humanas. No hay que confundir trabajo con fuerza de trabajo, ya que esta es la capacidad física y mental del hombre para trabajar (aunque no se desarrolle dicha capacidad)”. (Pág. 21,22).

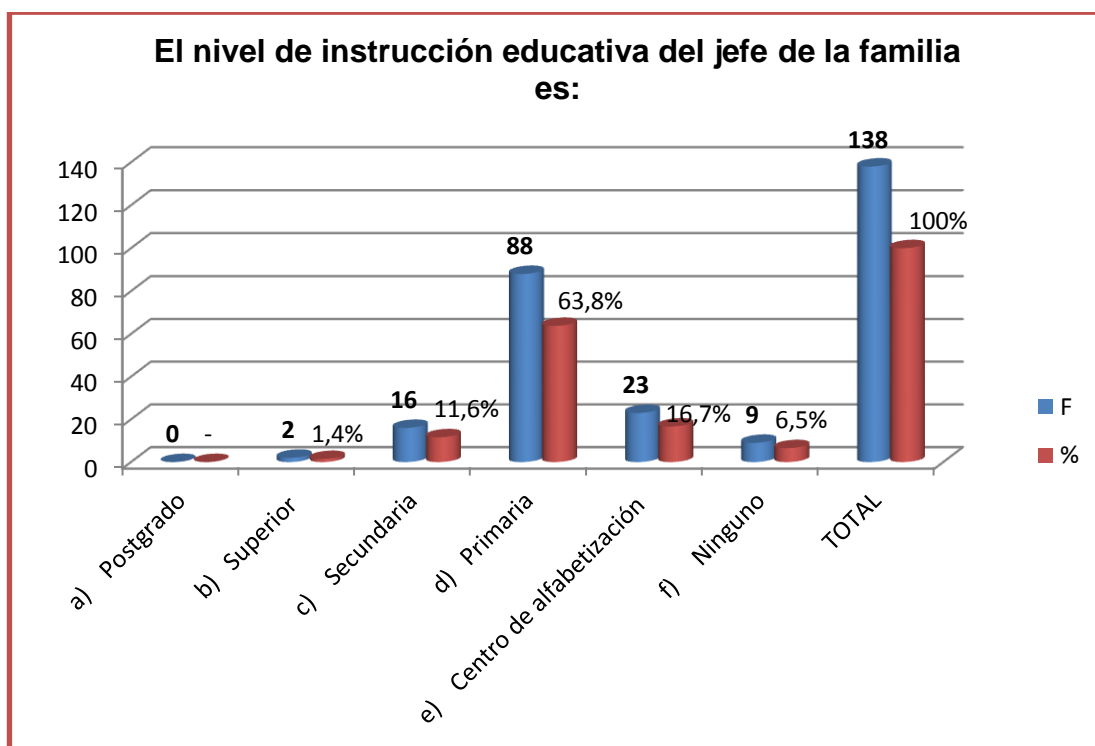
Las principales ocupaciones de esta población, al considerarse una zona de rural donde la mayoría de las personas se dedican a la agricultura y ganadería; y el 18,1% se emplean como jornaleros y en igual porcentaje a empleos domésticos; y más aún por sus bajos niveles educacionales y culturales que les impide desenvolverse en otras labores. Por lo general los

adultos mayores no realizan ninguna actividad lo que esta representado por el 44,9%.

GRAFICUADRO # 21

¿Cuál es el nivel de instrucción educativa del jefe de la familia?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Postgrado	0	0%
b) Superior	2	1,4%
c) Secundaria	16	11,6%
d) Primaria	88	63,8%
e) Centro de alfabetización	23	16,7%
f) Ninguno	9	6,5%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El grafic cuadro # 21 indica que de 138 pacientes encuestados, 88 pacientes han terminado la primaria, lo que corresponde al 63,8%; 23 pacientes han asistido aun centro de alfabetización, lo que corresponde 16,7%; 16 pacientes son bachilleres, lo que corresponde al 11,6%; 9 pacientes no tienen ningún nivel de instrucción educativa, lo que corresponde al 6,5%; 2 pacientes tienen educación superior, lo que corresponde al 1,4%; de la muestra estudiada.

Como lo refiere la página web

es.scribd.com/someone%20already%20got%20that/d/7622903-Concepto-de-Educacion.

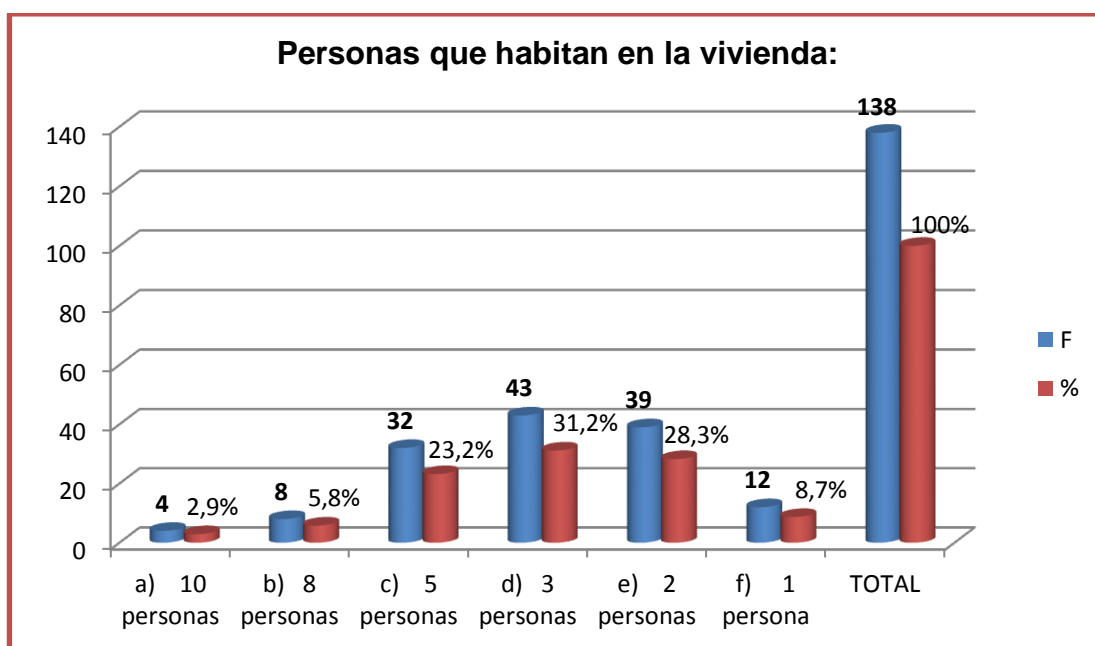
“Etimológicamente, la educación tiene dos significados: educare que significa “conducir”, llevar a un Hombre de un estado a otro; y educere que significa “extraer”, sacar algo de dentro del Hombre. La educación significa, entonces, una modificación del Hombre, un desenvolvimiento de las posibilidades del ser. [...]”. (Pág. 14).

Antes no era tan exigido el estudio como en la actualidad y mucho menos había centros educativos como ahora, es por eso que la mayoría de los jefes de familia tienen sus niveles de instrucción hasta la primaria, representado en el 63,8% de la población encuestada.

GRAFICUADRO # 22

¿Cuántas personas habitan en la vivienda?

ALTERNATIVAS	F	%
a) 10 personas	4	2,9%
b) 8 personas	8	5,8%
c) 5 personas	32	23,2%
d) 3 personas	43	31,2%
e) 2 personas	39	28,3%
f) 1 persona	12	8,7%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El grafic cuadro # 22 indica que de 138 pacientes encuestados, 43 pacientes indicaron que 3 personas habitan en su vivienda, lo que corresponde al 31,2%; 39 pacientes indicaron que 2 personas habitan en su vivienda, lo que corresponde al 28,3%; 32 pacientes refirieron que 5 personas habitan en su vivienda lo que corresponde al 23,2%; 12 pacientes indicaron que 1 persona habita en su vivienda, lo que corresponde al 8,7%; 8 pacientes refirieron que 8 personas habitan en su vivienda, lo que corresponde al 5,8%; 4 pacientes refirieron que 10 personas habitan en su vivienda; lo que corresponde al 2,9% de la muestra estudiada.

Como lo refiere la página web

www.elpsicoasesor.com/2010/12/los-25-tipos-de-familia-y-sus.html

“Se compone de más de una unidad nuclear, se extienden más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo los padres, niños, abuelos, tíos, tíos, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos en una misma casa”. (Pág. 25, 26).

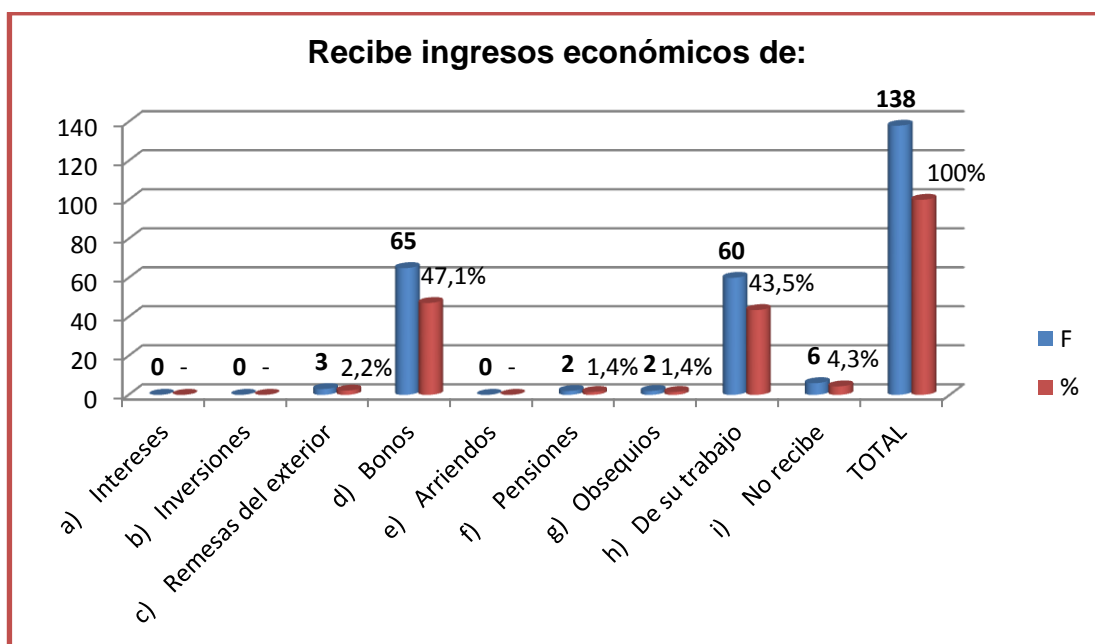
Por lo general en la población encuestada, el 31,2% habitan con más de tres personas en los hogares, esto se debe a que la mayoría de la población vive con su cónyuge e hijo; o en el caso del adulto mayor con alguna persona que les acompaña, sin embargo un 28,3% viven solo dos personas

que por lo general son cuyos padres ya no tienen a ninguno de sus hijos solteros.

GRAFICUADRO # 23

¿Recibe ingresos económicos provenientes de?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Intereses	0	0%
b) Inversiones	0	0%
c) Remesas del exterior	3	2,2%
d) Bonos	65	47,1%
e) Arriendos	0	0%
f) Pensiones	2	1,4%
g) Obsequios	2	1,4%
h) De su trabajo	60	43,5%
i) No recibe	6	4,3%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuarro # 23 indica que de los 138 pacientes encuestados, 65 pacientes indicaron que sus ingresos económicos son provenientes del bono de desarrollo humano, lo que corresponde al 47,1%; 60 pacientes recibe ingresos provenientes de su trabajo, lo que corresponde al 43,5%; 6 pacientes no reciben ingresos, lo que corresponde al 4,3%; 3 pacientes reciben remesas del exterior, lo que corresponde al 2,2%; 2 pacientes reciben sus ingresos de pensiones lo que corresponde al 1,4%; 2 pacientes de obsequios, lo que corresponde al 1,4% de la muestra estudiada.

Como lo indica Ponce, J. En su libro *Políticas educativas y desempeño: Una evaluación de impactos de programas educativos focalizados en Ecuador*.

“En el 2003, el Bono Solidario fue reformulado y se convirtió en un programa de TMC. Se lo renombró como Bono de Desarrollo Humano (BDH) e incorporó tanto al Bono de Solidario como a la Beca escolar. El objetivo principal del nuevo programa fue la mejora de l capital humano entre las personas de escasos recursos en Ecuador”. (Pág. 23).

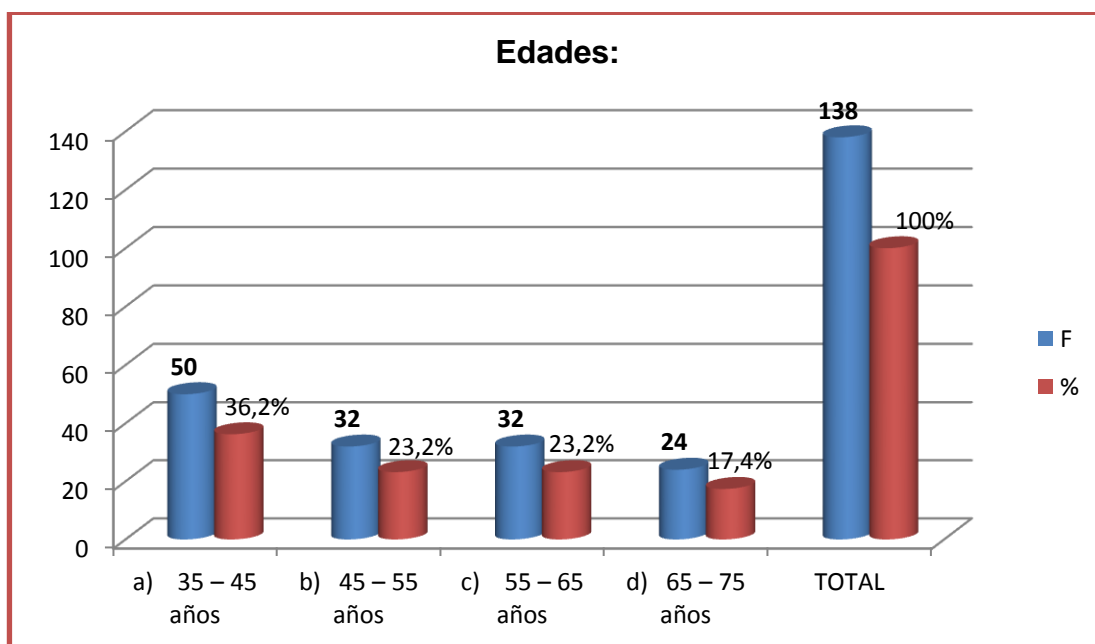
El 47,1% de la población recibe sus ingresos económicos provenientes del bono de desarrollo humano, esto se debe a que la mayoría es de escasos recursos económicos y adultos mayores. Además el 43,5% reciben sus ingresos de su trabajo que por lo general es la agricultura o las labores del hogar.

7.1.2. Análisis e interpretación de los resultados de las historias clínicas realizadas a los pacientes de 35 – 75 años de edad, que asisten a la consulta odontológica en el Centro de Salud Calderón.

GRAFICUADRO # 1

Edad de los pacientes que acuden a la atención odontológica en el Centro de Salud Calderón.

ALTERNATIVAS	F	%
a) 35 – 45 años	50	36,2%
b) 45 – 55 años	32	23,2%
c) 55 – 65 años	32	23,2%
d) 65 – 75 años	24	17,4%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuario # 1 indica que de los 138 pacientes a los que se les ha realizado las fichas dentales, 50 pacientes representan las edades comprendidas entre 35 – 45 años, lo que corresponde al 36,2%; 32 pacientes representan las edades comprendidas entre 45 – 55 años; lo que corresponde al 23,2%; la misma cantidad de pacientes representan las edades comprendidas entre 55 – 65 años; lo que corresponde al 23,2%; y 24 pacientes representan las edades comprendidas entre 65 – 75 años, lo que corresponde al 17,4% de la muestra estudiada.

Como lo indica J.J. Echeverría García. Enfermedad periodontal. En Laserna, V. En su libro *Higiene dental personal diaria: la correcta higiene dental personal diaria es la base de la prevención de las enfermedades dentales*.

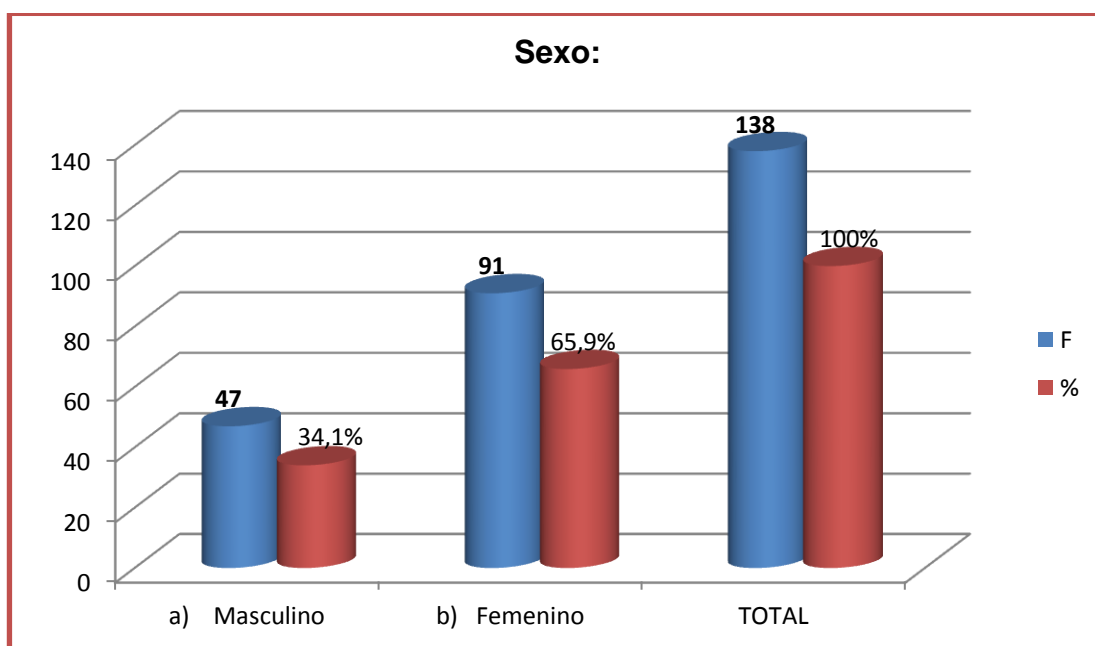
Las enfermedades periodontales tienen una elevadísima prevalencia, afectando a la mayoría de la población, siendo la principal causa responsable de la pérdida de piezas dentales, incluso más que la caries dental. Se hace más frecuente a partir de los 30 años de edad. Es el proceso inflamatorio del periodonto que lleva a su destrucción a partir de las placas dentales y de la gingivitis. Generalmente se produce por deficiente higiene oral personal. (Pág. 35, 36).

Se tomó como referencia la edad desde los 35 hasta los 75 años, porque es a los 35 años de edad donde por lo general se inicia la enfermedad periodontal; encontrando que el 36,2% de la población entre 35 – 45 años tiene algún grado de afectación en las estructuras periodontales.

GRAFICUADRO # 2

Sexo de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Centro de Salud Calderón.

ALTERNATIVAS	F	%
a) Masculino	47	34,1%
b) Femenino	91	65,9%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuario # 2 indica que de los 138 pacientes a los que se les ha realizado las fichas dentales, 91 pacientes son del sexo femenino, lo que corresponde al 65,9%; y 47 pacientes son de sexo masculino, lo que corresponde al 34,1% de la muestra estudiada.

Como lo indica Bascones, A. En su libro *Periodoncia e implantología oral*.

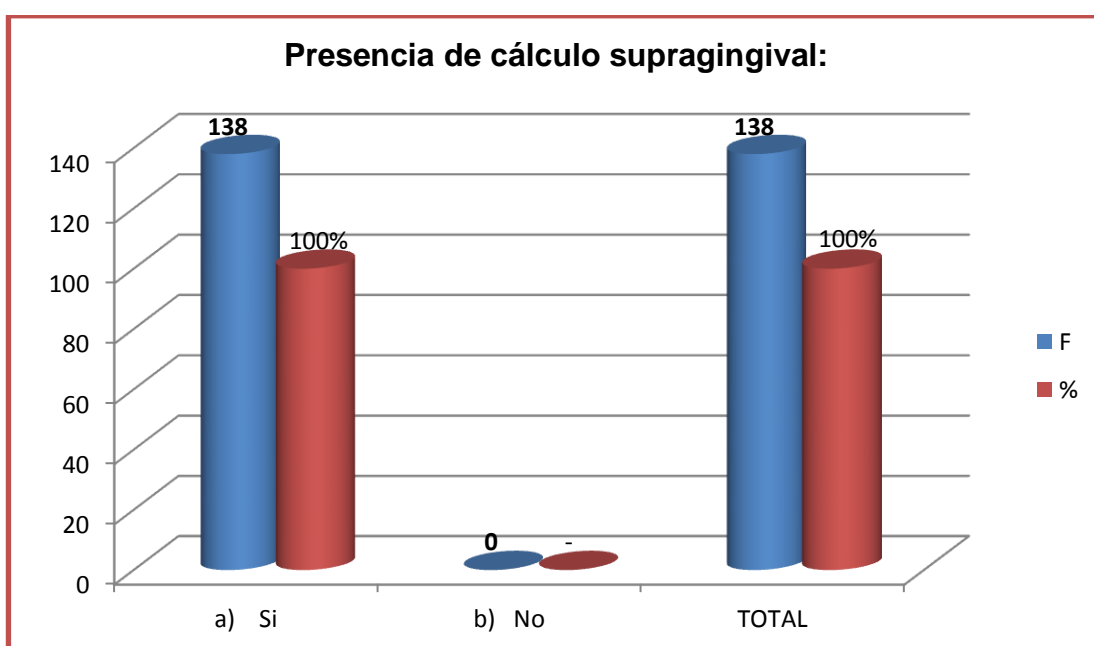
- a) Se presenta generalmente alrededor de los 35 años de edad.
- b) La distribución por sexos es parecida.
- c) La placa bacteriana y cálculo siempre están presentes.
- d) Las lesiones son variables en intensidad y extensión.
- e) La respuesta del hospedador es aparentemente normal.
- f) El índice de caries es variable aunque generalmente es variado.
- g) Los agentes genéticos de la enfermedad son desconocidos.
- h) No se acompaña de alteraciones sistémicas.
(Pág.49).

De acuerdo con las fichas dentales realizadas a los 138 pacientes, se demuestra que hay una alta prevalencia de enfermedad periodontal en las mujeres en relación con los varones, cuyo porcentaje esta representado con un 65,9%.

GRAFICUADRO # 3

Localización del tártaro supragingival

ALTERNATIVAS	F	%
a) Si	138	100%
b) No	0	0%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuario # 3 indica que de los 138 pacientes a los que se les ha realizado las fichas dentales, los 138 pacientes presentan cálculo supragingival lo que corresponde al 100% de la muestra estudiada.

Como lo indica Bascones, A. En su libro *Periodoncia e implantología oral*.

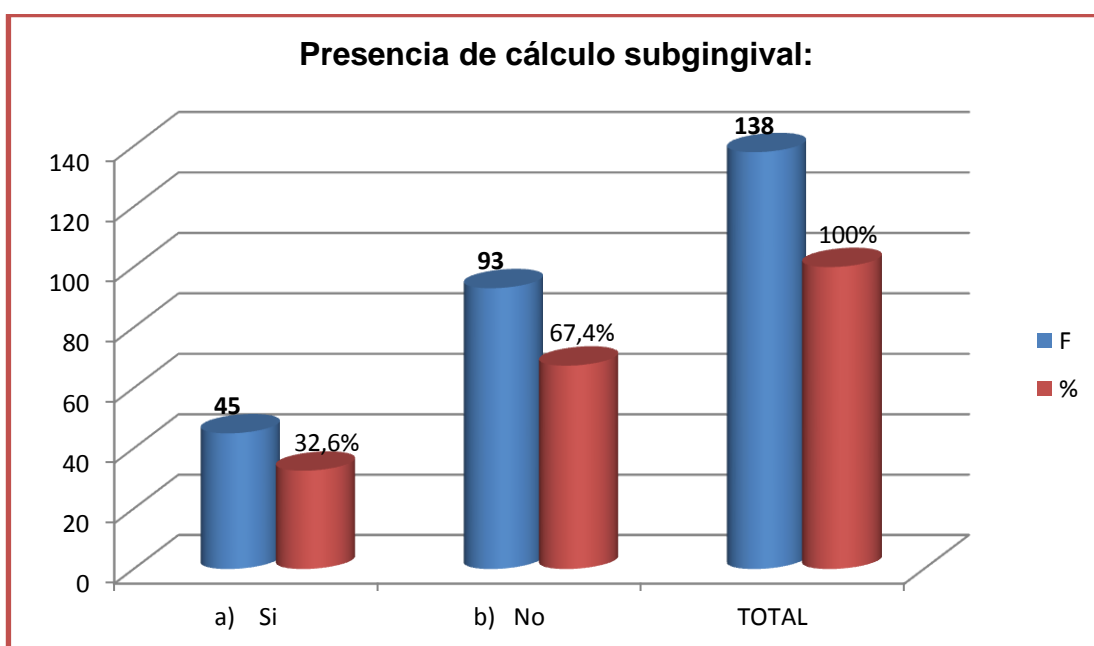
El cálculo supragingival es de color blanco amarillento, de consistencia dura arcillosa y se desprende con facilidad. Se deposita frecuentemente en la superficie lingual de los incisivos inferiores cercanas al conducto de Wharton de la submaxilar. El tabaco y la alimentación modifican su coloración. Otro sitio de acúmulo es la superficie vestibular de los molares superiores que están cercanas a la salida del conducto parotídeo de Stenon. (Pág. 39).

La mayoría de la población que acude a la consulta odontológica, presenta cálculo supragingival en el sector inferior como superior, esto se demuestra según los datos estadísticos de la investigación, cuyo porcentaje es el 100%.

GRAFICUADRO # 4

Presencia de cálculo subgingival

ALTERNATIVAS	F	%
a) Si	45	32,6%
b) No	93	67,4%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuario # 4 indica que de los 138 pacientes a los que se les ha realizado las fichas dentales, 93 pacientes no presentan cálculo subgingival lo que representa el 67,4%; y 45 pacientes presentan cálculo subgingival, lo que representa el 32,6% de la muestra estudiada.

Como lo indica Eley, B. Soory, M. Manson, J. En su libro *Periodoncia*.

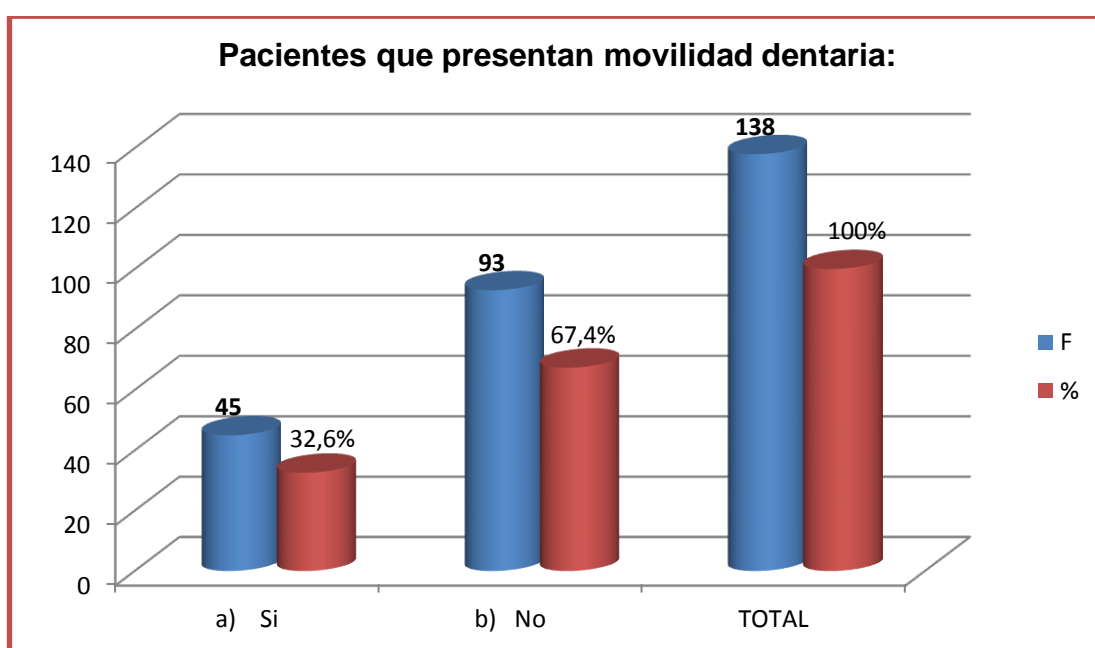
“Se adhiere a la superficie radicular y su distribución no esta relacionada con las glándulas salivales, sino con la presencia de inflamación gingival y bolsas periodontales, un hecho reflejado por su antiguo nombre <<sarro ceruminal>>. De color verde oscuro o negro, es mucho mas duro que el sarro supragingival y mucho más adherido a la superficie dental”. (Pág. 39).

El cálculo subgingival indica que la periodontitis ya se encuentra en una etapa avanzada y que para su tratamiento aparte de un detartraje se va a necesitar un raspado y alisado radicular para su correcta eliminación y solo el 32,6% de la población presenta este tipo de cálculo y el 67,4% no presenta.

GRAFICUADRO # 5

Pacientes que presentan movilidad dentaria

ALTERNATIVAS	F	%
a) Si	45	32,6%
b) No	93	67,4%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuario # 5 indica que de los 138 pacientes a los que se les ha realizado las fichas dentales, 93 pacientes no han presentado movilidad, lo que corresponde al 67,4%; 45 pacientes han presentado movilidad, lo que corresponde al 32,6% de la muestra estudiada.

Como lo indica Echeverría, J. Echeverría, A. En su libro *Manual de periodoncia*.

De acuerdo con la amplitud del desplazamiento oscilatorio registrado, se clasifica a la movilidad dentaria en:

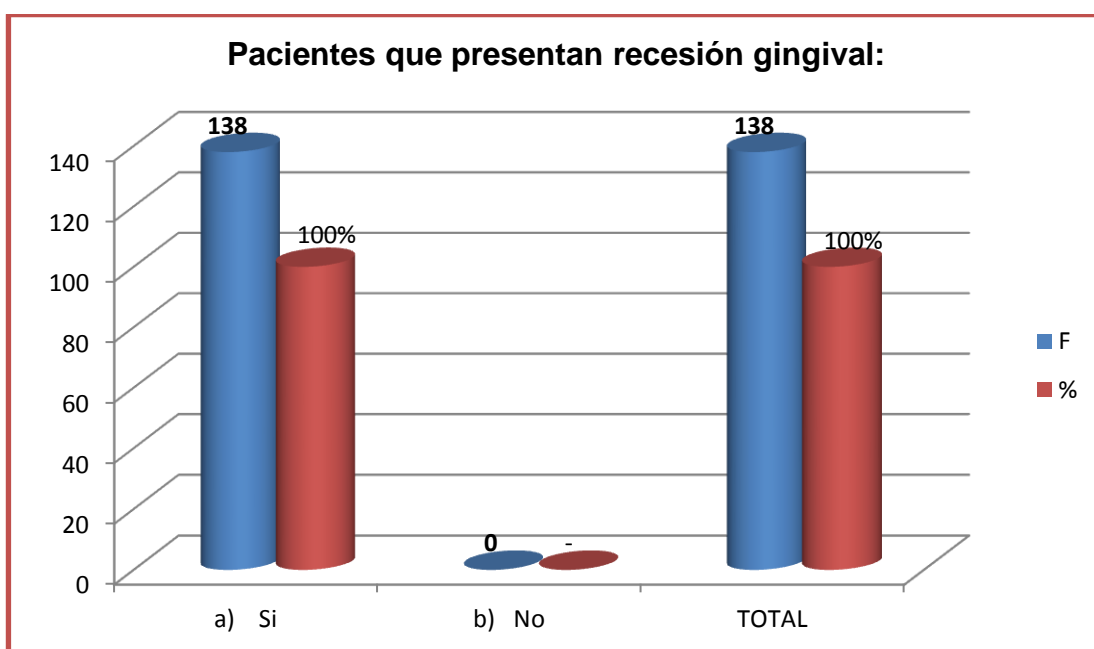
- Movilidad de tipo 0: no existe movimiento detectable.
- Movilidad tipo I: existe un desplazamiento menor de 1mm.
- Movilidad tipo II: existe un desplazamiento mayor de 1mm.
- Movilidad tipo III: existe un desplazamiento intrusivo o vertical. (Pág. 45).

La enfermedad periodontal ocasiona movilidad de las piezas dentarias cuando se encuentra en fases más avanzadas, afectando al 32,6% de la población; por lo general las personas que presentan algún grado de movilidad, lo primero que prefieren es la extracción de las piezas dentarias, mientras que el 67,4% no presenta movilidad dentaria.

GRAFICUADRO # 6

Pacientes que presentan recesión gingival

ALTERNATIVAS	F	%
a) Si	138	100%
b) No	0	0%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuario # 6 indica que de los 138 pacientes a los que se les ha realizado las fichas dentales, los 138 pacientes han presentado recesión, lo que corresponde al 100% de la muestra estudiada.

Como lo indica Wolf, H. Hassell, T. En su libro *Atlas a color de Periodontología*.

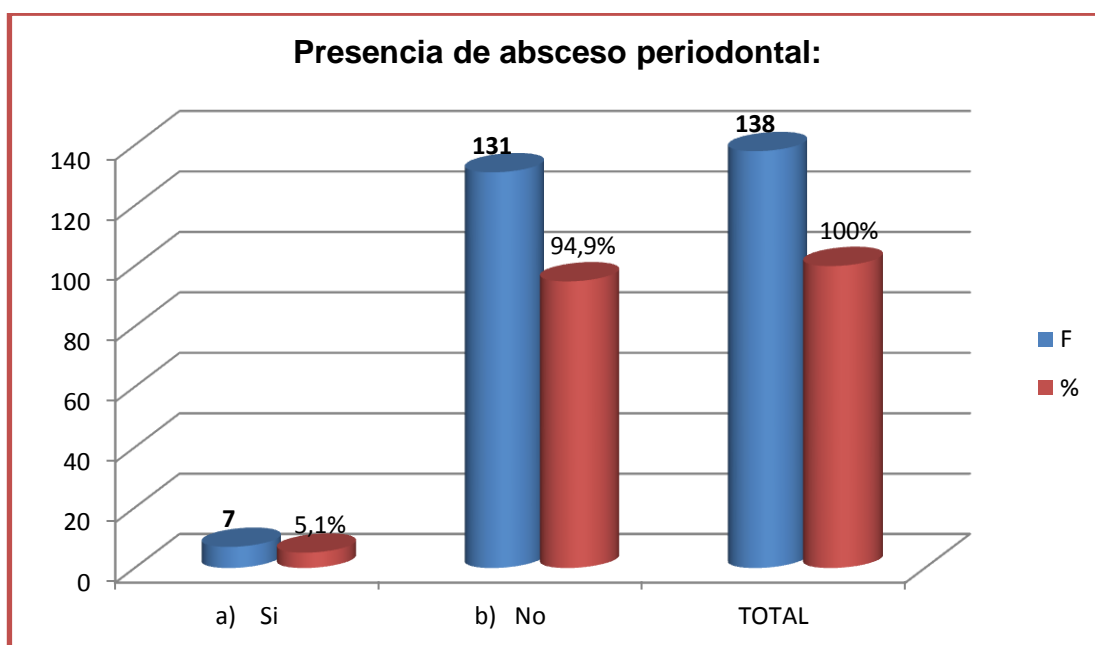
En etapas iniciales cuando solo es un surco pequeño se lo denomina hendidura de stillman; los pacientes refieren sensibilidad a los cambios térmicos, a los alimentos ácidos, etc. "Como consecuencia de la recesión, la gingiva adherida remanente se puede engrosar y enrollar, debido a una respuesta fibrótica no inflamatoria conocida como el Festón de McCall". (Pág. 44).

La recesión es una de las principales causas de dolor o sensibilidad a los cambios térmicos, se debe a que la mayoría de la población no se realiza un correcto cepillado; le aplican mucha fuerza y de forma se van atrofiando las encías, esto hace que se retraigan y dejen al descubierto la unión amelocementaria, originándose el desgaste de estas dos estructuras; esto presenta el 100% de la población. Por lo que es recomendable hacer charlas sobre las técnicas de cepillado.

GRAFICUADRO # 7

Pacientes que presentan absceso periodontal.

ALTERNATIVAS	F	%
a) Si	7	5,1%
b) No	131	94,9%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuario # 7 indica que de los 138 pacientes a los que se les ha realizado las fichas dentales, 131 pacientes no han presentado absceso lo que corresponde al 94,9%; y 7 pacientes han presentado absceso periodontal, lo que corresponde al 5,1% de la muestra estudiada.

Como lo indica Chimenos, E. En su libro *Diccionario de odontología*.

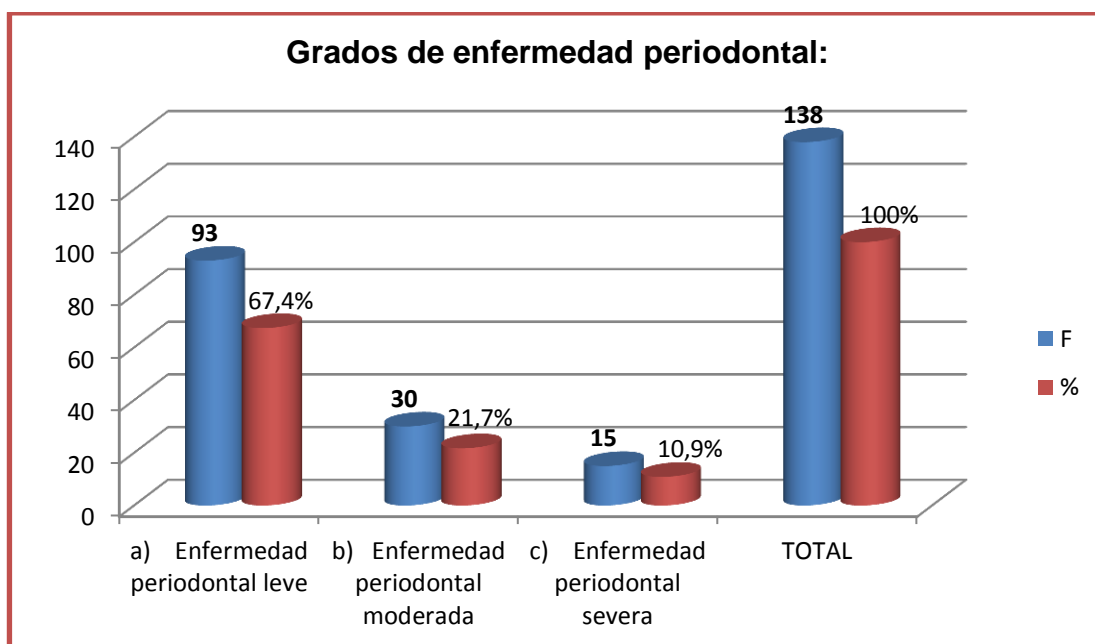
“Zona localizada de inflamación aguda o crónica que se encuentra en los tejidos gingivales, bolsas Infraóseas o ligamento periodontal. Si se encuentra localizado en el ápice del diente se lo conoce como un absceso periapical. Si se localiza entre el ápice y la cresta alveolar, se conoce con absceso lateral”.
(Pág. 48).

Por lo general la encía se presenta como una elevación redondeada u ovoide de aspecto edematoso, correspondiente a la superficie lateral de la raíz; que con una suave presión digital sobre la lesión provoca la salida del pus por la luz de la bolsa. Este absceso suele ir acompañado de dolor a la palpación, y a la percusión, pulsátil, irradiado y movilidad dentaria; sin embargo esta patología solo se presenta en el 5,1% de la población, porque los abscesos se presentan cuando la enfermedad periodontal esta en fases avanzadas, mientras que el 94,9% no presenta.

GRAFICUADRO # 8

Grados de enfermedad periodontal

ALTERNATIVAS	F	%
a) Enfermedad periodontal leve	93	67,4%
b) Enfermedad periodontal moderada	30	21,7%
c) Enfermedad periodontal severa	15	10,9%
TOTAL	138	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuario # 8 indica que de los 138 pacientes a los que se les ha realizado las fichas dentales, 93 pacientes presentan enfermedad periodontal leve lo que corresponde al 67,4%; 30 pacientes presentan enfermedad periodontal moderada, lo que corresponde al 21,7%; y 15 pacientes presentan enfermedad periodontal severa lo que corresponde al 10,9% de la muestra estudiada.

Como lo refiere la página web

www.cipo.cl/terapia_periodontal.html

Etapa 2: Periodontitis leve. La inflamación se extiende más allá de la encía pasando al hueso alveolar que soporta los dientes. Comienza la etapa irreversible de la periodontitis producto de la pérdida ósea.

Etapa 3: Periodontitis moderada. En esta etapa, la encía retrocede, se detectan sacos o bolsas periodontales entre moderados y profundos, pérdida ósea entre moderada y severa, halitosis además de movilidad aumentada de las piezas dentarias debido a la pérdida ósea.

Etapa 4: Periodontitis severa o avanzada. Esta es la etapa más grave de la enfermedad, con la presencia de sacos periodontales profundos, halitosis, movilidad de las piezas dentarias, desplazamiento de los diente de su posición original y posible supuración por la encía. (Pág. 36).

El 67,4% de la población presenta enfermedad periodontal leve, por esta razón es fundamental establecer un plan de educación continua sobre la incidencia de la enfermedad periodontal y su tratamiento, para que la población tome conciencia y asista a tiempo a realizarse el tratamiento correspondiente. Sin pasar por alto que existe un índice considerable de

enfermedad periodontal moderada que esta representado por el 21,7% de la población; y el 10,9% de la población presenta enfermedad periodontal severa.

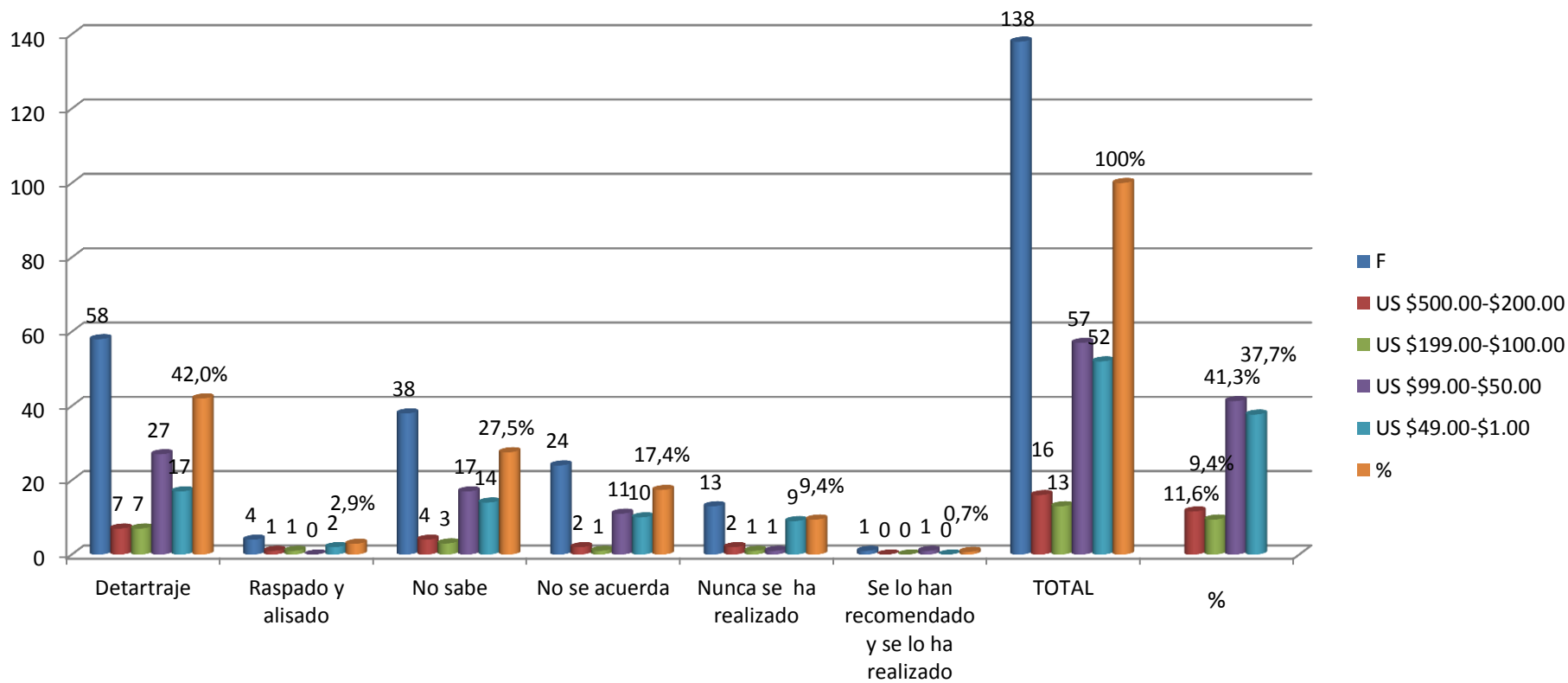
7.1.3. Gráficos comparativos de acuerdo a los objetivos.

GRAFICUADRO # 1

Establecer el tipo de ingresos económicos de los pacientes para compararlo con el cumplimiento del tratamiento periodontal

ALTERNATIVAS	F	US \$500.00 - \$200.00	US \$199.00 - \$100.00	US \$99.00 - \$50.00	US \$49.00 - \$1.00	%
Detartraje	58	7	7	27	17	42,0%
Raspado y alisado radicular	4	1	1	0	2	2,9%
No sabe	38	4	3	17	14	27,5%
No se acuerda	24	2	1	11	10	17,4%
Nunca se ha realizado	13	2	1	1	9	9,4%
Se lo han recomendado y no se lo ha realizado	1	0	0	1	0	0,7%
TOTAL	138	16	13	57	52	
		11,6%	9,4%	41,3%	37,7%	100%

Tipos de ingresos económicos comparados con el cumplimiento del tratamiento periodontal:



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
 Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficcuadro comparativo # 1 indica, que los 16 pacientes con ingresos económicos de US \$500.00 – \$200.00; 7 pacientes se han realizado detartraje; 1 pacientes raspado y alisado; 4 pacientes no saben si se han realizado este tratamiento; 2 pacientes no se acuerdan y 2 pacientes nunca se han realizado; representando el 11,6%. De los 13 pacientes con ingresos de US \$199.00 - \$100.00; 7 pacientes se han realizado detartraje; 1 paciente raspado y alisado radicular; 3 pacientes no saben si se han realizado este tipo de tratamiento; 1 paciente no se acuerda y 1 paciente nunca se ha realizado; representado por el 9,4%. De los 57 pacientes con ingresos de US \$ 99.00 – \$50.00; 27 pacientes se han realizado detartraje; 17 no saben si se han realizado este tratamiento; 11 pacientes no se acuerdan; 1 paciente nunca se ha realizado y 1 paciente se lo han recomendado pero no se lo ha realizado; representado el 41,3%. De los 52 pacientes con ingresos de US \$49.00 – \$1.00; 17 pacientes se han realizado detartraje, 2 pacientes raspado y alisado radicular; 14 pacientes no saben si se han realizado este tratamiento; 10 pacientes no se acuerdan y 9 pacientes nunca se han realizado representado al 37,7% de la muestra estudiada. Dando como resultado que 58 pacientes se han realizado detartraje, lo que corresponde al 42,0%; 4 pacientes raspado y alisado radicular, lo que corresponde al 2,9%; 38 pacientes no saben si se han realizado este tratamiento, lo que corresponde al 27,5%; 24 pacientes no se acuerdan, lo que corresponde al 17,4%; 13 pacientes nunca se han realizado, lo que corresponde al 9,4% y 1 paciente se lo han recomendado pero no se lo ha realizado.

Como lo indica Menéndez, J. En su *libro Fundamentos de la economía para la sociedad del conocimiento*.

“Con este concepto se alude al mejoramiento del nivel económico y social de la gente, lo cual significa no solo más y mejores ingresos, sino también más y mejor educación, salud, vivienda y participación cultural y política”.
(Pág.15).

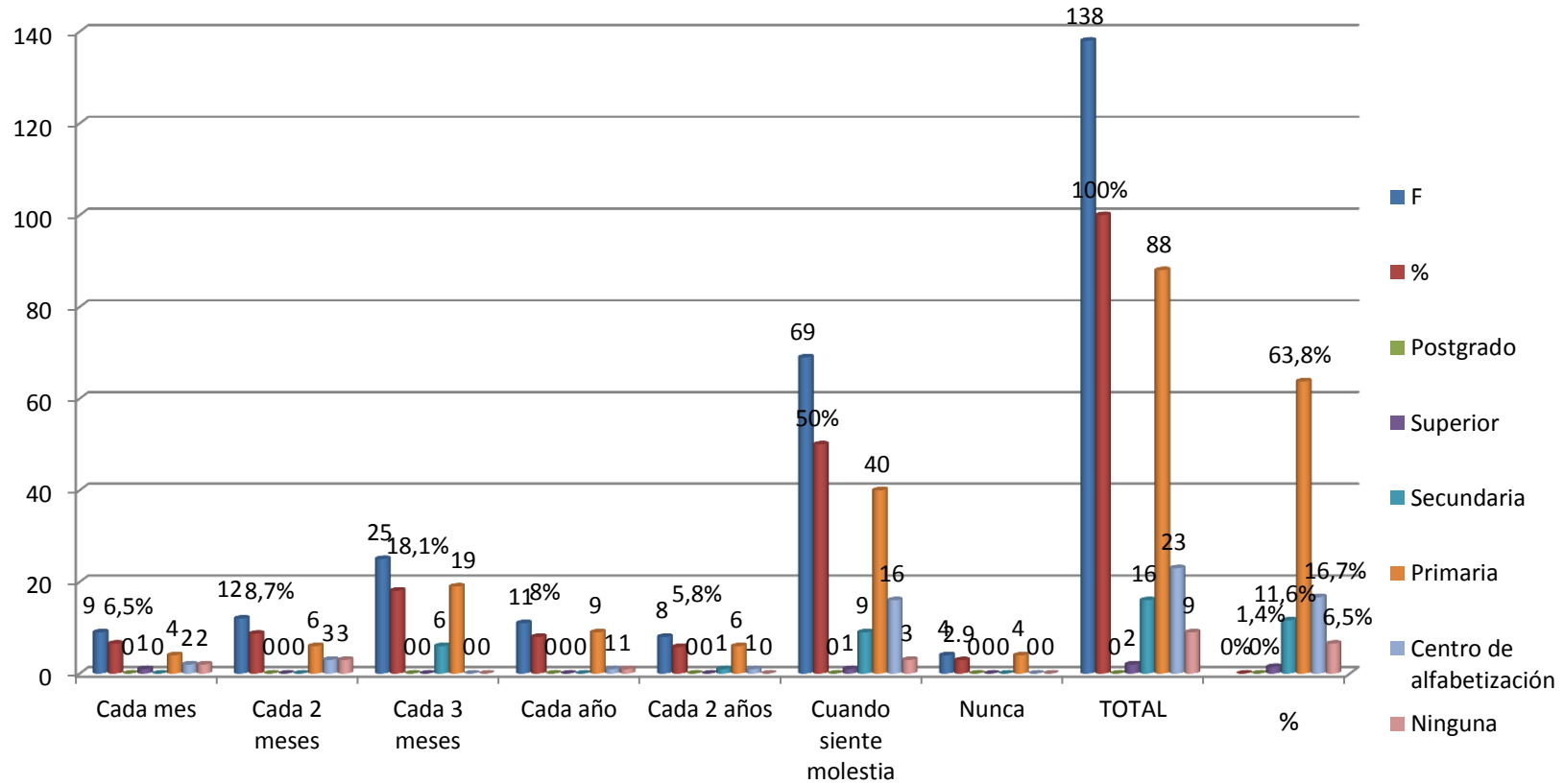
Los ingresos mejoran la calidad de vida de los individuos, no obstante esta población en estudio indica que el 41,3% tiene un ingreso mensual de US \$99.00 - \$50.00; sin embargo 27 pacientes se han realizado detartraje, indicando que hay pacientes que a pesar de los bajos ingresos económicos se preocupan por la salud bucal.

GRAFICUADRO #2

Relacionar el nivel educacional de los pacientes con la frecuencia de visitas al odontólogo

ALTERNATIVAS	F	Postgrado	Superior	Secundaria	Primaria	Centro de alfabetización	Ninguna	%
Cada mes	9	0	1	0	4	2	2	6,5%
Cada 2 meses	12	0	0	0	6	3	3	8,7%
Cada 3 meses	25	0	0	6	19	0	0	18,1%
Cada año	11	0	0	0	9	1	1	8,0%
Cada 2 años	8	0	0	1	6	1	0	5,8%
Cuando siente molestia	69	0	1	9	40	16	3	50,0%
Nunca	4	0	0	0	4	0	0	2,9%
TOTAL	138	0	2	16	88	23	9	
		0%	1,4%	11,6%	63,8%	16,7%	6,5%	100%

Nivel educacional de los pacientes en relación con las visitas al odontólogo:



Fuente: Encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el CS Calderón.
 Elaborado por: María Eugenia Vásquez Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuario comparativo # 2 indica que de los 2 pacientes con nivel de instrucción educativa superior; 1 acude cada mes a la consulta odontológica; 1 paciente acude cuando siente molestia; representando el 1,4%. De los 16 pacientes con educación secundaria; 6 pacientes acuden cada tres meses a la consulta odontológica; 1 paciente cada 2 años; 9 pacientes cuando sienten molestia; representando el 11,6%. De los 88 pacientes con educación primaria; 4 pacientes acuden cada mes a la consulta odontológica; 6 pacientes cada 2 meses; 19 pacientes cada 3 meses; 9 pacientes cada año; 6 pacientes cada 2 años; 40 pacientes cuando sienten molestia; 4 pacientes nunca; representando el 63,8%. De los 23 pacientes que se educaron por medio de centros de alfabetización, 2 pacientes asisten cada mes a la consulta, 3 pacientes cada 2 meses, 1 paciente cada año; 1 paciente cada 2 años; 16 pacientes cuando sienten molestia; representando el 16,7%. De los 9 pacientes con ningún nivel de educación; 2 pacientes acuden cada mes a la consulta; 3 pacientes cada 2 meses; 1 paciente cada año; 3 pacientes cuando sienten molestia; lo que representa el 6,5% de la muestra estudiada. Dando como resultado que 9 pacientes acuden cada mes a la consulta, representado por el 6,5%; 12 pacientes cada 2 meses, representado el 8,7%; 25 pacientes cada 3 meses, representado por el 18,1%; 11 pacientes cada año, representado por el 8,0%; 8 pacientes cada 2 años, representado por el 5,8%; 69 pacientes cuando sienten molestia, representado por el 50,0%; 4 pacientes nunca asisten, representado por el 2,9%.

Como lo indica Quiroga, R. En su libro *Indicadores Ambientales y de desarrollo sostenible: avances y perspectivas para América Latina y el Caribe*.

“En la dimensión social, los indicadores de desarrollo sostenible abarcan los temas de población, trabajo y rendimiento, salud, educación, habitación y aseguramiento, la distribución del ingreso y la calidad de vida de la población vinculados con la satisfacción de las necesidades humanas. La mejora de la calidad de vida y justicia social. [...]”. (Pág. 13).

Acudir periódicamente al odontólogo es necesario para mantener una boca saludable, sin embargo la mayoría de los pacientes acuden cuando presentan alguna molestia, representado por el 50,0%. Y quienes más acuden son los pacientes con nivel de instrucción hasta la primaria representado por el 63,8%.

7.2. CONCLUSIONES

- Se determinó, mediante las encuestas realizadas, que el nivel socio-económico si influye en el estado de salud periodontal de los pacientes, debido a que ellos no cuentan con los recursos económicos suficientes para adquirir implementos de higiene oral como hilo dental y enjuagues. Por lo general sus ingresos son desde US \$99.00 – \$ 50.00; representado por el 41,3% de la muestra estudiada, etc.
- Además mediante la realización de las fichas odontológicas, se pudo comprobar que existe un alto porcentaje de enfermedad periodontal e incluso hay pacientes que se han extraído piezas dentales por movilidad y ni siquiera tienen conocimientos sobre las causas y efectos que produce esta patología, a nivel bucal y en el organismo.
- Se pudo verificar que la mayoría de los pacientes está a 30 minutos de distancia desde su casa hasta el centro de salud, debido a esto se les dificultad asistir periódicamente a realizarse tratamientos odontológicos preventivos; gran parte de ellos asisten cuando presentan alguna molestia representada por 50,0% o a extraerse piezas dentales.
- Se hace énfasis de que el 55,1% de los pacientes utiliza como medida de higiene cepillo y pasta dental, solo el 49,3% se cepillan dos veces

al día; cabe indicar que existen pacientes que se preocupan más por la salud bucal que otros, representado por el 42,0% que se han realizado detartraje; todas estas medidas preventivas influyen en el estado del periodonto.

- Se estableció que la mayoría de la población obtiene sus ingresos económicos del Bono de Desarrollo Humano y de su trabajo como jornalero; además la mayoría de las personas le dan más importancia al trabajo, despreocupándose por la salud oral, y sólo asisten cuando presentan alguna molestia bucal.
- La mayoría de las personas investigadas tienen un nivel de instrucción primario representado por el 63,8%; debido a ello, su escasez cultural les impide aceptar que es necesario acudir periódicamente al odontólogo; además que es importante prevenir la enfermedad periodontal para de esta manera conservar las piezas dentales naturales.
- Se puede concluir que tanto el nivel socio-económico como cultural influye en la aplicación de medidas de prevención de aparición de la enfermedad periodontal. Es por eso, que se cree necesario establecer un programa constante de educación sobre medidas de prevención de la enfermedad periodontal, para dar a conocer a la población cuáles son las causas y los efectos que trae para la salud oral y también hacer énfasis en el plan de tratamiento; para de esta manera

conseguir que la población tome conciencia y acuda periódicamente al odontólogo como medida preventiva y no curativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Barrancos, M.** (2007). *Operatoria dental: integración clínica*. (4ta edición). Argentina: Panamericana.
2. **Bascones, A.** (2009). *Periodoncia e implantología oral*. Madrid: Lexus.
3. **Ceccotti, L. Sforza, R.** (2007). *El diagnóstico en clínica estomatológica*. (1era edición). Buenos Aires: Panamericana.
4. **Carranza, F. Shklar, G.** (2010). *Historia de la periodoncia*. Madrid: Ripano.
5. **Chimenos, E.** (2009). *Diccionario de odontología*. (2da edición). España: Elsevier Mosby.
6. **De Rossi, C.** (2009). *Lesiones cervicales no cariosas: La lesión dental del futuro*. Buenos Aires: Panamericana.
7. **Del Cura, J. Pedraza, S. Gayete, A.** (2010). *Radiología esencial: sociedad española de radiología médica*. España: Panamericana.
8. **Echeverría, J. Echeverría, A.** (2007). *Manual de periodoncia*. Madrid: Ergon.
9. **Eley, B. Soory, M. Manson, J.** (2012). *Periodoncia*. (6ta edición). España: Elsevier.
10. **Ferro, M. Gómez, M.** (2007). *Fundamentos de la odontología*. (2da edición). Bogotá: JAVEGRAF.
11. **García, J. Durán, G. Sánchez, A.** (2011) *La economía mundial en transformación*. (1era edición). España: Paraninfo.
12. **Fuenmayor, V. Frambregues, S.** (2009). *Manual de higiene bucal*. Madrid: Panamericana.
13. **Gómez, E. Campos, A.** (2009). *Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental*. (3era edición). México: Panamericana.
14. **Graue, A.** (2009). *Fundamentos de economía*. (1era Edición). México: Pearson.
15. **Gutiérrez, E. Iglesias, P.** (2009). *Técnica de ayuda odontológica y estomatológica*. España: Editex.

16. **Gutiérrez, M.** (2008). *Las Familias en Bogotá: Realidades y diversidad*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
17. **Hernández, G. Morelo, A. Zaragoza, F. Porras A.** (2011). *Tratado de Medicina Farmacéutica*. Madrid: Panamericana.
18. **Laserna, V.** (2008). *Higiene dental personal diaria: la correcta higiene dental personal diaria es la base de la prevención de las enfermedades dentales*. Canadá: Trafford PUBLISHING.
19. **Lindhe, L.** (2009). *Periodontología clínica e implantología odontológica*. (5ta edición). Buenos Aires: panamericana.
20. **Llanos, M. Denegri, M. Amar, J. Abello, R. Tirado, D.** (2009). *Aprendiendo a comprender el mundo económico*. Bogotá: Uninorte.
21. **Lorenzo, P. Moreno, A. Lizasoain, I. Leza, J. Moro, M. Portolés, A.** (2009). *Farmacología básica y clínica*. (18ª edición). Buenos aires: Panamericana.
22. **Mankiw, G.** (2009). *Principios de economía*. (4ta edición). España: Paraninfo.
23. **Menéndez, J.** (2009). *Fundamentos de la economía para la sociedad del conocimiento*. (5ta edición). México: Mc Graw-Hill.
24. **Merino, R. de la Fuente, G.** (2007). *Sociología para la intervención social y educativa*. (1era edición). España: Complutense.
25. **Mochón, F.** (2010). *Principios de economía*. (4ta edición). México: Mc Graw-Hill.
26. **Navarro, C.** (2008). *Cirugía oral*. Madrid: Arán.
27. **Negroni, M.** (2009). *Microbiología estomatológica fundamentos y guía práctica*. (2da edición). Argentina: Panamericana.
28. **OECD** (2011). *Panorama de la educación 2010: indicadores de la OCDE*. España: Santillana.
29. **Palma, A. Sánchez, F.** (2010). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. (1era edición, tercera reimpresión). España: Thomson Paraninfo.
30. **Parkin, M.** (2007). *Macroeconomía: Versión para Latinoamérica*. (7ma edición). México: Pearson educación.
31. **Pereda, F.** (2007). *Las cargas familiares: El régimen económico de las familias en crisis*. (1era edición). España: La ley.

32. **Ponce, J.** (2010). *Políticas educativas y desempeño: Una evaluación de impactos de programas educativos focalizados en Ecuador.* (1 era edición). Quito: FLASCO.
33. **Quiroga, R.** (2007). *Indicadores Ambientales y de desarrollo sostenible: avances y perspectivas para América Latina y el Caribe.* Chile: Naciones Unidas.
34. **Rivera, J. Avellano, R. Morelo, V.** (2009). *Conducta del consumidor: estrategias y políticas aplicadas al marketing.* (2da edición). Madrid: Esic.
35. **Robert, S. Porter, M. Justin, L. Kaplan, M. Bárbara, P. Homeirer, M.** (2010). *Manual de Merck de signos y síntomas del paciente: diagnóstico y tratamiento.* (2da edición). México: Panamericana.
36. **Rojas, F. Fuenmayor, V.** (2009). *Manual de higiene bucal: Sociedad española de periodoncia y osteointegración* España: Panamericana.
37. **Román-Samot, W.** (2007). *Derechos Humanos.* Puerto Rico: Lulu.com.
38. **Silvestre, F. Plaza, A.** (2007). *Odontología en pacientes especiales.* Valencia: Maite Simón.
39. **Torres, L.** (2009). *Ciencias Sociales: Sociedad y Cultura Contemporánea.* (4ta edición). México: Cengage Learning.
40. **Tripathi, KD.** (2008). *Farmacología en Odontología: Fundamentos.* Buenos Aires: Panamericana.
41. **Vil, E.** (2009). *Pobreza y desigualdades en Haití: un análisis.* (1era edición). México: Flacso.
42. **Wolf, H. Hassell, T.** (2009). *Atlas a color de Periodontología.* Colombia: Amolca.

WEBGRAFÍA

1. Centro De Capacitación Ocupacional Porvenir. Enfermedad Periodontal. Maldonado Luz. (en línea) ><http://es.scribd.com/doc/4523242/ENFERMEDAD-PERIODONTAL>< (citado el 23 de junio del 2007)
2. ><http://es.scribd.com/doc/7622903/Concepto-de-Educacion><
3. Recio Joaquín. Energía eléctrica. (en línea) >http://newton.cnice.mec.es/materiales_didacticos/energia/electrica.htm<

4. Sistema de Bibliotecas. Odontología Sanmarquina. (en línea)
>http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2003_n11/nueva.htm<
5. Alegsa. Diccionario general en español. Definición de nivel socioeconómico. (en línea)
>http://www.alegsa.com.ar/Definicion/de/nivel_socioeconomico.php<
(citado el 06 de abril del 2011).
6. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile- BCN. (en línea)
><http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil><
7. Características de la vivienda y el hogar. (en línea)
>http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/03_carviv.pdf<
8. Odontología CIPO. Terapias periodontales. (en línea)
>http://www.cipo.cl/terapia_periodontal.html<
9. Alfonso Dubois. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. (en línea)
><http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/123><
10. Ulises Tomas. Los 25 tipos de familia y sus características (en línea)
><http://www.elpsicoasesor.com/2010/12/los-25-tipos-de-familia-y-sus.html><
11. Definición concepto de bienes. Gustavo HC. (en línea)
><http://www.mitecnologico.com/Main/DefinicionConceptoBienes><
12. Periodoncia. Molina Eliezer. (en línea) ><http://www.periodreliezmolina.com/EtapasdeLaenfermedadperiodontal2.html><
13. La educación social. (en línea).
><http://www.quadernsanimacio.net/marioviche/LIBRO/EDUCSOCIAL.htm><
14. Seguridad Social: trabajadores. (en línea) >http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/Trabajadoresdelmar/EmpleoyDesempleo/Desempleo/index.htm<
15. Elementos sociales de la opinión pública. (en línea)
><http://www.slideshare.net/bblyn88/clases-sociales><
16. Reglamento de los establecimientos de salud. (en línea)
><http://www.sodeme.org/pdfs/ReglamentoEESyServApoyoPublicoyNoPublicoDS%2013-2006.pdf><

17. Portal educativo. Tiposde.org. (en línea)
><http://www.tiposde.org/construccion/219-tipos-de-viviendas/><
18. Sociedad española de periodoncia. Las Enfermedades periodontales.
(en línea) >www.dentalqb.com/paginas/enfperio.htm<
19. Diccionario Economía - Administración - Finanzas – Marketing. (en línea) >www.eco-finanzas.com/diccionario/I/INGRESO.htm< (citado el 22 de febrero del 2009).
20. Periodoncia. Alvarez Elizabeth. (en línea)
>www.elialvarez.com/servicios/periodoncia.html< (citado en el 2009)
21. Salud Pública y algo más. Ibáñez Consuelo. Médico salubrista. (en línea) >www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/02/22/113277≤
22. Sociedad española de periodoncia y osteointegración. (en línea)
>www.sepa.es/pacientes/enf-periodontales/consecuencias.html≤
23. Todo papas. (en línea) >www.todopapas.com/diccionario/odontologia-pediatria/bolsa-periodontal-738≤

***PROPUESTA
ALTERNATIVA***

PROPUESTA ALTERNATIVA

1. IDENTIFICACION DEL PROYECTO

1.1. Nombre del proyecto

Establecimiento de un “Plan de Educación Continua sobre la incidencia de la enfermedad periodontal y su tratamiento” en el Centro de Salud Calderón.

1.2. Fecha de la presentación

20 de Junio del 2012.

1.3. Clasificación del proyecto

Tipo social de orden educativo.

1.4. Localización geográfica

La propuesta será ejecutada en el C. S. Calderón, ubicado en la Parroquia Abdón Calderón del cantón Portoviejo; sus límites son: al norte con Riochico y Pueblo Nuevo, al este con Alajuela y Chirijos, el sur con Santa Ana, al oeste con Portoviejo.

2. JUSTIFICACIÓN

Después de los resultados obtenidos en la investigación, los pacientes atendidos presentan enfermedad periodontal en sus diferentes estadios;

entre ellos se tiene periodontitis leve, representada por el 67,4% de la población asignada para esta investigación; periodontitis moderada en el 21,7%; y periodontitis severa en el 10,9% de los casos. Por lo tanto es fundamental hacer énfasis en causas y efectos que tiene esta patología para la salud bucal y general de la población calderonense; es de mucha importancia conducir a la población, sobre las medidas de prevención a seguir y sobre todo el tratamiento correspondiente para tratar esta enfermedad.

3. MARCO INSTITUCIONAL

El Centro de Salud "CALDERÓN" tuvo sus inicios como Puesto de Salud en agosto de 1969 en el colegio Agropecuario, el mismo que quedaba ubicado frente al parque de la parroquia Abdón Calderón del cantón Portoviejo; como no contaba con local propio, fue trasladado a los abastecedores del mercado donde funcionó por cuatro años, con la presencia de la auxiliar Srta. Milli Suárez.

Posteriormente se trasladó a la Casa Parroquial donde permaneció por un lapso de dos años y luego pasó a funcionar en la Tenencia Política por un espacio de cinco años. A partir de 1970, este Centro de Salud ha acogido a profesionales que cumplen con el año rural. En el año de 1973 se logra obtener un médico, una odontóloga y tecnóloga medica, todos de planta. En 1977 adquiere su propio local durante el gobierno del General Rodríguez Lara.

En la actualidad, el Centro de Salud cuenta con el Director Dr. Carlos Arteaga; Lic. en enfermería Mónica Carreño; Odontóloga de planta Dra. Pilar Pachay; Auxiliar de odontología Sra. Azucena Vera; Lic. Lab. Sra. Nancy Cantos; Auxiliar de Lab. Sra. Mariana Loor; Auxiliar de estadística Sra. Gema Aragundi y Auxiliar de limpieza Sr. Eduardo Zamora.

A este centro de salud acuden pacientes de más de 20 comunidades; diariamente visitan el departamento de odontología alrededor de 16 pacientes; por lo general, sus niveles de instrucción educativa, son hasta la primaria o han asistido a un centro de alfabetización; entre sus principales labores esta la agricultura, que la realizan por lo general los pacientes de sexo masculino; y las pacientes de sexo femenino se dedican a las labores del hogar.

El departamento de Odontología a pesar de que es pequeño, cuenta con un sillón fijo, en el que labora la odontóloga de planta; un sillón portátil que lo utiliza la rural o la interna; dos esterilizadores, una lámpara de luz halógena, un amalgamador, un escritorio, dos sillas, una radio, aire acondicionado y anaqueles para la colocación de materiales odontológicos.

El último registro semestral indica, que un porcentaje de 90-100 pacientes han presentado enfermedad periodontal, con las principales características: sangrado espontáneo, halitosis, cálculo supragingival, subgingival y movilidad dentaria, a lo que refieren los pacientes no querer tener sus piezas

así, decidiendo extraérselas para la posterior colocación de una prótesis removible.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Disminuir el índice de enfermedad periodontal en los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Centro de Salud Calderón.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Informar a la población sobre las causas de la periodontitis y sus medidas preventivas.
- Instruir a los pacientes y familiares mediante imágenes y textos referentes a la periodontopatías.
- Brindar de manera continúa conocimientos sobre la enfermedad periodontal y la higiene dental.

5. DESCRIPCION DE LA PROPUESTA

La presente propuesta consiste en desarrollar charlas educativas y entregas de trípticos, dirigidas a los pacientes que asisten a la consulta odontológica del C.S. Calderón, que presentan patología periodontal. Además la entrega

de una gigantografía y la reproducción de un Cd con videos educativos para que estén en constante instrucción sobre la periodontitis e higiene dental.

Mediante la investigación realizada, se observó que las personas mayores de 35 años que acuden a la consulta odontológica del Centro de Salud Calderón, presentan patología periodontal, ocupando el 67 % de los casos la periodontitis leve, por lo cual es muy importante establecer esta propuesta para evitar que esta patología que está en etapa inicial progrese, y así poder culturalizar y educar a la población.

6. BENEFICIARIOS

BENEFICIARIOS DIRECTOS: Son los pacientes que acuden a la consulta odontológica.

BENEFICIARIOS INDIRECTOS: La población en general y el personal que labora en el C. S. Calderón.

7. DISEÑO METODOLOGICO

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes acciones:

- a. Reunión con el director, odontóloga de planta y personal que labora en el Centro de Salud Calderón.
- b. Elaboración de un cronograma de trabajo.

- c. Charla educativa sobre la enfermedad periodontal a los pacientes que acuden a la consulta odontológica y entrega de pastas dentales por parte de la autora de la investigación.
- d. Entrega de gigantografía y trípticos; para que los pacientes tengan mayor conocimientos sobre la periodontitis y como prevenirla.
- e. Entrega de Cds con videos educativos, para la reproducción durante las mañanas en la sala de espera.

8. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE EJECUCION DE LA PROPUESTA				
ACTIVIDADES	JUNIO			
Reunión con el Director	X			
Elaboración del cronograma de trabajo		X		
Elaboración de trípticos			X	
Elaboración de gigantografía			X	
Entrega de trípticos				X
Entrega de la Gigantografía				X
Entrega de Cds. sobre la periodontitis e higiene oral				X
Charlas de periodontitis e higiene oral a los pacientes				x

9. PRESUPUESTO

RUBROS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP. EXT.
Gigantografía	1	Unidad	30.00	30.00	30.00	
Fantoma	1	Unidad	15.00	15.00	15.00	
Trípticos	200	Unidades	0.25	50.00	50.00	
Cd	2	Unidades	0.80	1.60	1.60	
Pastas dentales	35	Unidades	0.52	18.20		
Refrigerios	35	Unidades	0.50	17.50		
Viáticos		Dólar	50.00	50.00	50.00	
Subtotal				182.30		
Imprevistos				18.23		
Total				200.53		

10. SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible porque cuenta con el apoyo del Director, Odontóloga de planta y el personal que labora en el Centro de Salud Calderón. Además, se firmo un acta de compromiso con ellos; para la progresión del “Plan de Educación Continúa sobre la incidencia de la enfermedad periodontal y sus tratamientos”, y de esta manera educar mediante charlas a la población que asiste a la consulta odontológica. Se cuenta también con la presencia de un lugar estratégico para la colocación de la gigantografía, donde todos los pacientes podrán apreciarlo. Así mismo la entrega del Cd con videos educativos sobre periodontitis e higiene oral, que será de gran ayuda para culturalizar a las personas mientras están en la sala de espera, ya que este dispensario de Salud cuenta con un televisor y

un reproductor de DVD para reproducirlo constantemente sin ningún problema.

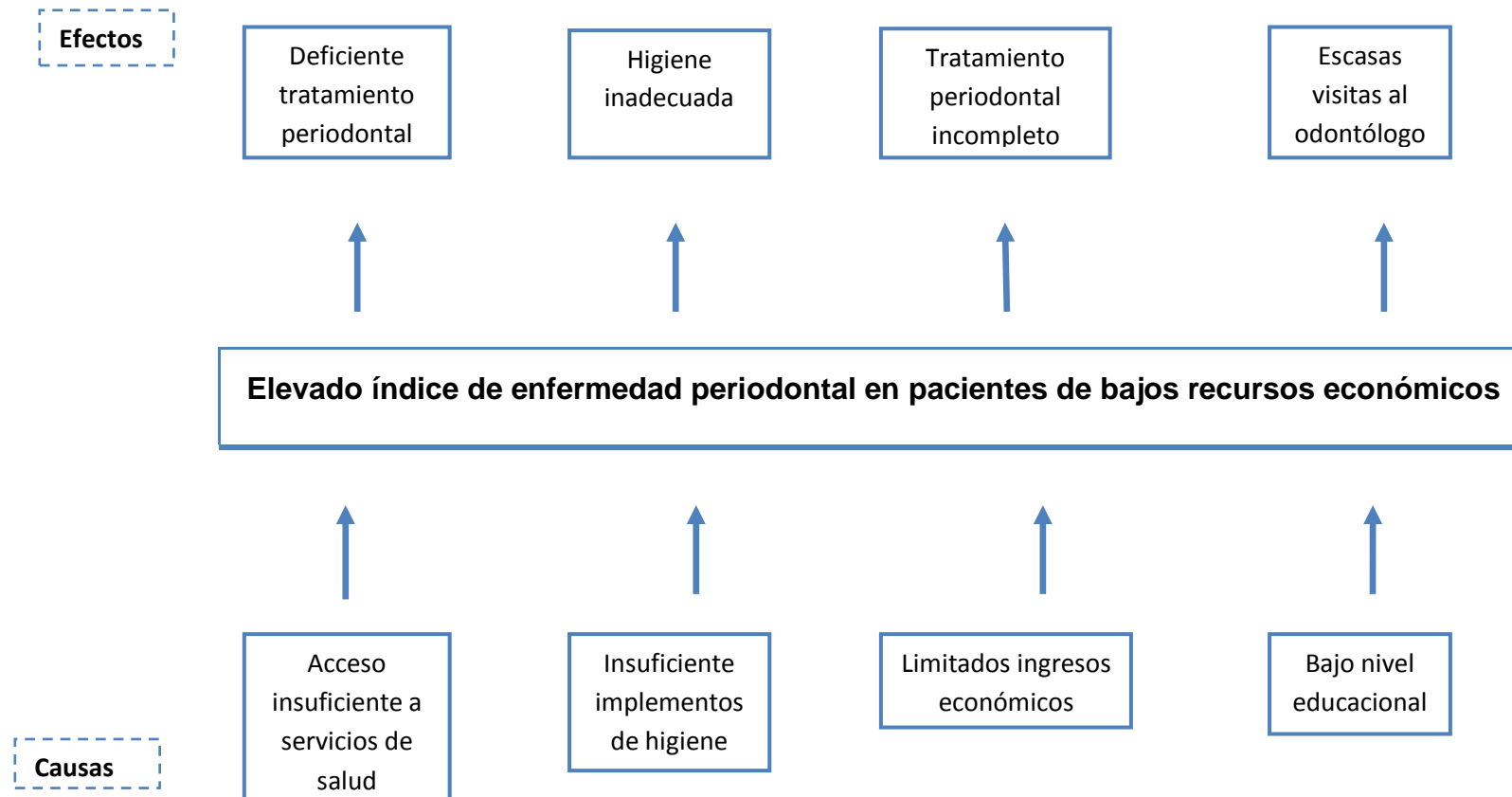
11. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La propuesta fue financiada por la autora de la investigación en primera instancia y para su continuación o mantenimiento el Centro de Salud Calderón la sustentará.

ANEXOS

ANEXOS # 1

ÁRBOL DE PROBLEMA



CRONOGRAMA

Id	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	tri 1, 2012																			
				ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic								
1	ELABORACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	125 días	lun 05/03/12																				
2	RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA	20 días	lun 05/03/12																				
3	Recopilación de textos acordes con el tema investigado	6 días	lun 05/03/12																				
4	Selección e la informacióin bibliográfica	11 días	lun 12/03/12																				
5	Depuración de los contenidos	3 días	mar 27/03/12																				
6	REDACCION DEL MARCO TEORICO	16 días	vie 30/03/12																				
7	Redacción del Marco Teórico	12 días	vie 30/03/12																				
8	Correcciones del Marco Teórico	4 días	mar 17/04/12																				
9	APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓND DE CAMPO	32 días	sáb 21/04/12																				
10	Aplicación de la prueba piloto de los instrumentos	1 día	sáb 21/04/12																				
11	Aplicación de las encuestas	12 días	dom 22/04/12																				
12	Aplicación de la observación	19 días	dom 06/05/12																				
13	TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	11 días	jue 31/05/12																				
14	Tabulación de los resultados	3 días	jue 31/05/12																				
15	Graficación estadística de la información	2 días	mar 05/06/12																				
16	Análisis e interpretación de los resultados	3 días	jue 07/06/12																				
17	Evaluación del alcance de los objetivos específicos	3 días	mar 12/06/12																				
18	REDACCIÓN DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	2 días	vie 15/06/12																				
19	Redacción de las Conclusiones	2 días	vie 15/06/12																				
20	DISEÑO DE LA PROPUESTA	10 días	mar 19/06/12																				
21	Planificación de la propuesta	5 días	mar 19/06/12																				
22	Elaboración de la propuesta	5 días	dom 24/06/12																				
23	REDACCIÓN DEL INFORME FINAL	3 días	mié 04/07/12																				
24	Redacción del borrador del informe	3 días	mié 04/07/12																				
25	CORRECCIÓN DEL INFORME FINAL	14 días	sáb 07/07/12																				
26	Presentación del borrador del informe para correcciones	2 días	sáb 07/07/12																				
27	Correcciones finales del borrador del informe	12 días	mar 10/07/12																				
28	ENTREGA DEL INFORME FINAL	2 días	jue 26/07/12																				
29	Presentación del informe final de tesis en ejemplares empastados	2 días	jue 26/07/12																				
30	DEFENSA DEL INFORME FINAL	12 días	sáb 28/07/12																				
31	Aprobación de la Tesis	12 días	sáb 28/07/12																				

Proyecto: CRONOGRAMA PROJECT Fecha: lun 23/07/12	Tarea		Hito externo		Informe de resumen manual	
	División		Tarea inactiva		Resumen manual	
	Hito		Hito inactivo		Sólo el comienzo	
	Resumen		Resumen inactivo		Sólo fin	
	Resumen del proyecto		Tarea manual		Progreso	
	Tareas externas		Sólo duración		Fecha límite	

PRESUPUESTO

RUBROS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP. EXT.
Computadora	1	Unidad	800.00	800.00	800.00	
Cámara fotográfica	1	Unidad	300.00	300.00	300.00	
Fotocopias	1000	Unidad	0.03	30.00	30.00	
Papel	6	Resma	4.50	27.00	27.00	
Internet	1000	Mbps	0.10	100.00	100.00	
Libros	2	Unidad	150.00	300.00	300.00	
Impresora	1	Unidad	300.00	300.00	300.00	
Materiales de oficina		Unidad		15.75	15.75	
Pen drive	1	Unidad	10.00	10.00	10.00	
Viáticos		Dólar		200.00	200.00	
Guantes	2	Cajas	8.00	16.00	16.00	
Mascarillas	2	Cajas	4.00	8.00	4.00	
Anillados	7	Unidad	1.50	10.50	10.50	
Empastados	4	Unidad	5.00	20.00	20.00	
Espejos	3	Unidad	3.00	9.00	9.00	
Exploradores	3	Unidad	3.00	9.00	9.00	
Sondas periodontales	3	Unidad	6.00	18.00	18.00	
Radiografías	1	Caja	27.00	27.00	27.00	
Subtotal				2199.45		
Imprevistos	10%			219,95		
Total				2419,40		

ANEXOS # 2



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

FORMULARIO DE ENCUESTA

Dirigida a los pacientes que acuden a la consulta odontológica del Centro de Salud Calderón.

Tema: “El nivel socio-económico y su incidencia en la enfermedad periodontal”.

Lea con atención el siguiente formulario de preguntas y responda con absoluta sinceridad, es para la realización de un proyecto investigativo, que tiene como finalidad mejorar la salud periodontal de los pacientes.

Responsable: María Eugenia Vásquez Zambrano. Egresada de la Carrera de Odontología.

¿A qué establecimiento de salud acude Ud. con más frecuencia para recibir atención odontológica?	¿Qué tan lejos está este centro de salud de su casa?
a) Consultorio particular ()	a) 2 horas ()
b) Hospital ()	b) 1 hora ()
c) Seguro social ()	c) 30 minutos ()
d) Centro de salud ()	d) 15 minutos ()
e) Fundación ()	e) 5 minutos ()
f) Ninguna de las anteriores ()	
¿Cuándo Ud. acude a la consulta odontológica, le han realizado el siguiente tratamiento periodontal?	¿Con qué frecuencia acude Ud. a la consulta odontológica?
a) Detartraje ()	a) Cada mes ()
b) Raspado y alisado radicular ()	b) Cada dos meses ()
c) No sabe ()	c) Cada tres meses ()
d) No se acuerda ()	d) Cada 2 años ()
e) Nunca se ha realizado ()	e) Cada año ()
f) Le han recomendado y no se lo ha realizado ()	f) Cuando siente molestia ()
	g) Nunca ()
¿Cada qué tiempo se realiza una limpieza bucal?	¿Qué tipo de pasta dental utiliza?
a) Cada 5 años ()	a) Colgate ()
b) Cada 2 años ()	b) Sensodine ()
c) Cada año ()	c) Oral B ()
d) Cada 6 meses ()	d) Fortident ()
e) Cada 3 meses ()	e) Gingivit ()
f) Nunca ()	f) Encident ()
	g) La mas económica sin importar la marca ()
	h) Ninguna ()

¿Qué implementos de higiene oral utiliza para limpiar sus dientes?	¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?
a) Cepillo ()	a) 4 veces al día ()
b) Cepillo + pasta ()	b) 3 veces al día ()
c) Cepillo + pasta + enjuague ()	c) 2 veces al día ()
d) Cepillo + pasta + hilo ()	d) 1 vez al día ()
e) Cepillo + pasta + hilo+ enjuague ()	f) Cada semana ()
f) Jabón ()	g) Cuando se acuerda ()
g) Otros ()	h) No se cepilla ()
h) Ninguna de las anteriores ()	
¿Con qué frecuencia cambia su cepillo dental?	¿Le sangran las encías?
a) Cada año ()	a) Cuando se cepilla los dientes ()
b) Cada 6 meses ()	b) Espontáneamente ()
d) Cada 3 meses ()	c) Durante la masticación ()
e) Cuando se acuerda ()	d) Por las noches ()
f) Cuando se le daña ()	e) Nunca ()
g) No lo cambia ()	
h) No tiene ()	
¿Le duelen los dientes?	¿Tiene Ud. mal aliento (halitosis)?
a) Cuando ingiere alimentos calientes ()	a) Por las mañanas ()
b) Cuando ingiere alimentos fríos ()	b) Por las noches ()
c) Cuando ingiere alimentos picantes ()	c) Siempre ()
d) Durante la masticación ()	d) De vez en cuando ()
e) Espontáneamente ()	e) Nunca ()
f) Nunca ()	
¿Se ha extraído piezas dentales por movilidad?	¿Cuántas personas aportan económicamente en el hogar?
a) + de 2 piezas dentales ()	a) 3 personas ()
b) 2 piezas dentales ()	b) 2 personas ()
c) 1 pieza dental ()	c) 1 persona ()
d) Ninguna ()	d) Ninguna ()
¿Cuál es el ingreso mensual en el hogar?	¿Cuántas cargas familiares tiene Ud.?
a) US \$ 200.00 – US \$ 100.00 ()	a) 3 cargas familiares ()
b) US \$ 500.00 - US \$ 200.00 ()	b) 2 cargas familiares ()
c) US \$ 100.00 - US \$ 50.00 ()	c) 1 carga familiar ()
d) US \$ 50.00 - US \$1.00 ()	d) Ninguna ()
¿Dispone la vivienda de luz eléctrica?	¿Qué tipo de vivienda tiene Ud.?
a) Red de empresa eléctrica ()	a) Hormigón ()
b) Panel solar ()	b) Ladrillos ()
c) De forma directa ()	c) Caña ()
d) No tiene ()	d) Tablas ()
	e) Adobe ()
	f) Mixta ()

¿Dispone la vivienda de servicio telefónico convencional?		¿Cuántas personas habitan en la vivienda?	
a) Si	()	a) 10 personas	()
b) No	()	b) 8 personas	()
¿Actualmente cuál es su ocupación?		c) 5 personas	()
a) Empleado(a) del Estado	()	d) 3 personas	()
b) Empleado (a) privado	()	e) 2 personas	()
c) Trabajador no remunerado	()	f) 1 persona	()
d) Empleado (a) doméstico (a)	()	¿Recibe ingresos económicos provenientes de?	
e) Jornalero	()	a) Intereses	()
f) Negocio propio	()	b) Inversiones	()
g) Ninguna	()	c) Remesas del exterior	()
	()	d) Bonos	()
	()	e) Arriendos	()
	()	f) Pensiones	()
	()	g) Obsequios	()
	()	h) De su trabajo	()
	()	i) No recibe	()
¿Cuál es el nivel de instrucción educativa del jefe de la familia?			
a) Postgrado	()		
b) Superior	()		
c) Secundaria	()		
d) Primaria	()		
e) Centro de alfabetización	()		
f) Ninguno	()		



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIJEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA

FICHA DENTAL				N°					
Nombres:				Apellidos:					
Edad:				Sexo:					
Fecha:				Teléfono:					
Dirección:									
Motivo de la consulta.									
Sintomatología		Si	No		Si	No		Si	No
Dolor al calor				Dolor al frio			A la masticación		

PERIODONTOGRAMA

MOVILIDAD			
<i>P</i>			<i>I</i>
<i>D</i>			<i>I</i>
MARGEN 1			
MARGEN 2			
BOLSA 1			
BOLSA 2			
VITALIDAD			
FURCACIÓN			
PRONÓSTICO			
<i>V</i>			<i>I</i>
<i>D</i>			<i>I</i>
MARGEN 1			
MARGEN 2			
BOLSA 1			
BOLSA 2			
L.M.G.			
FURCACIÓN			
<i>L</i>			<i>I</i>
<i>D</i>			<i>I</i>
MARGEN 1			
MARGEN 2			
BOLSA 1			
BOLSA 2			
L.M.G.			
VITALIDAD			
FURCACIÓN			
PRONÓSTICO			

Localización del tártaro	Si	No
Supragingival		
Subgingival		

N° de piezas q presentan:		
Movilidad		
Recesión		

Absceso periodontal

DIAGNÓSTICO	11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28
Periodontitis 1																
Periodontitis 2																
Periodontitis 3																
Pronóstico individual																
DIAGNÓSTICO	31	32	33	34	35	36	37	38	41	42	43	44	45	46	47	48
Periodontitis 1																
Periodontitis 2																
Periodontitis 3																
Pronóstico individual																

DIAGNÓSTICO :
DIAGNÓSTICO RX:
PLAN DE TRATAMIENTO:
RECOMENDACIONES.:

FIRMA DEL PACIENTE

Eugenia Vásquez
EGRESADA DE LA CARRERA
DE ODONTOLOGÍA

ANEXOS # 3

IMÁGENES DEL MARCO TEÓRICO



Imagen 1 (Pág.14)



Imagen 2 (Pág. 15)



Imagen 3 (Pág.18)



Imagen 4 (Pág.21)

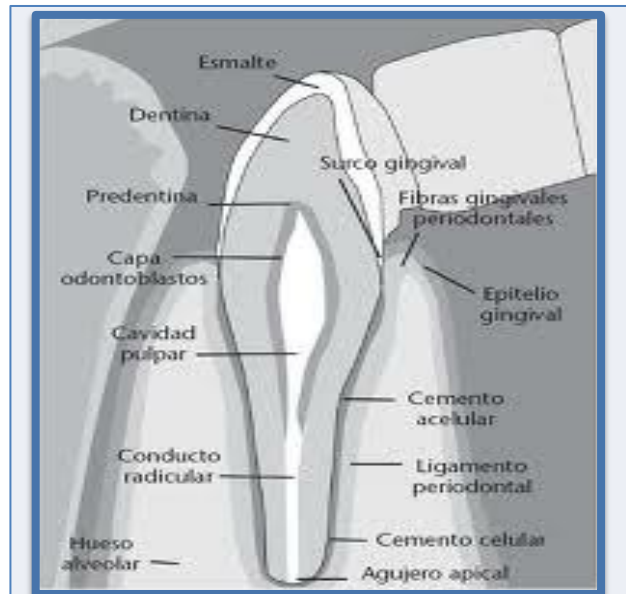


Imagen 5 (Pág.29)

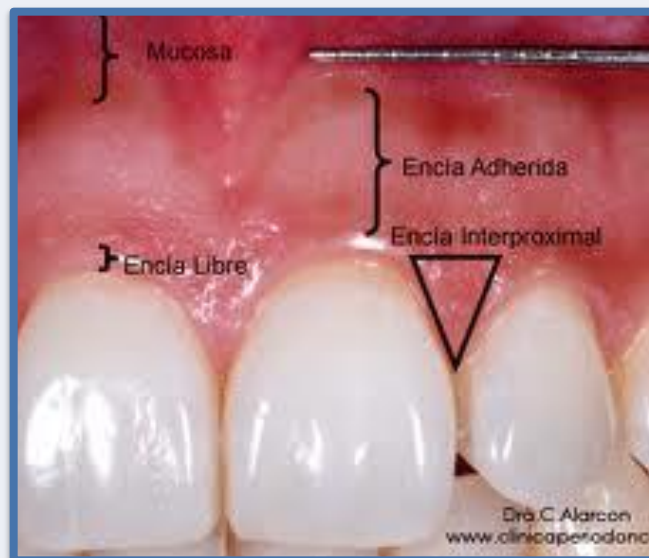


Imagen 6 (Pág.29)

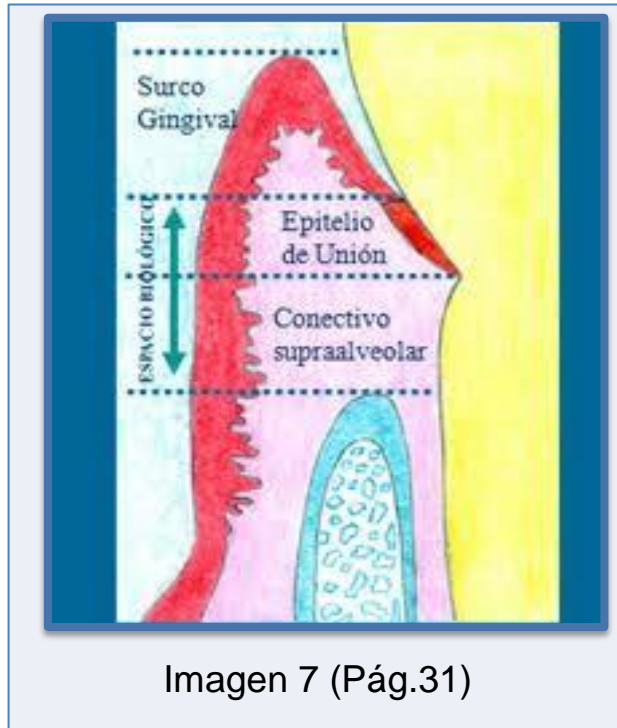


Imagen 7 (Pág.31)

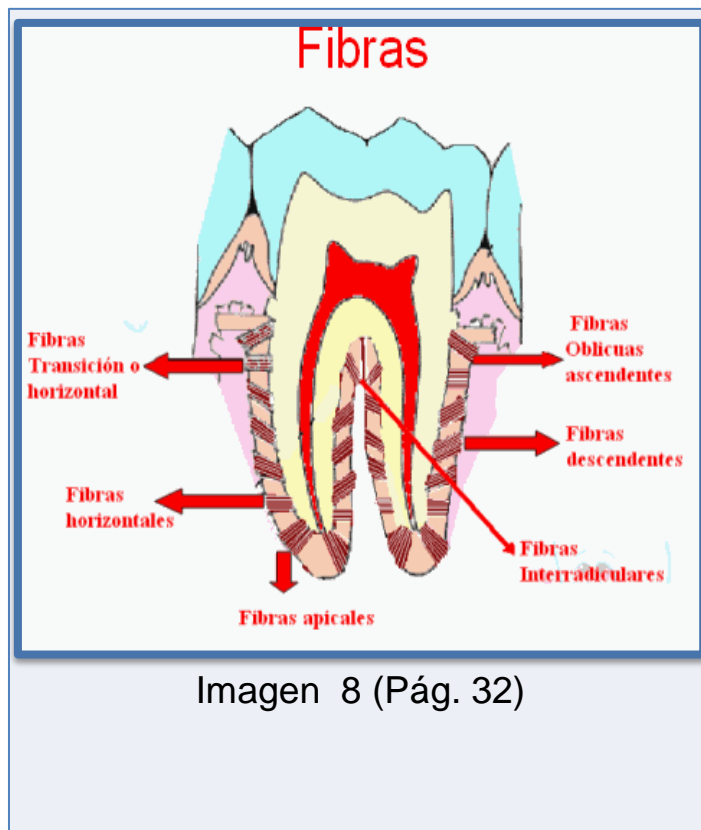


Imagen 8 (Pág. 32)

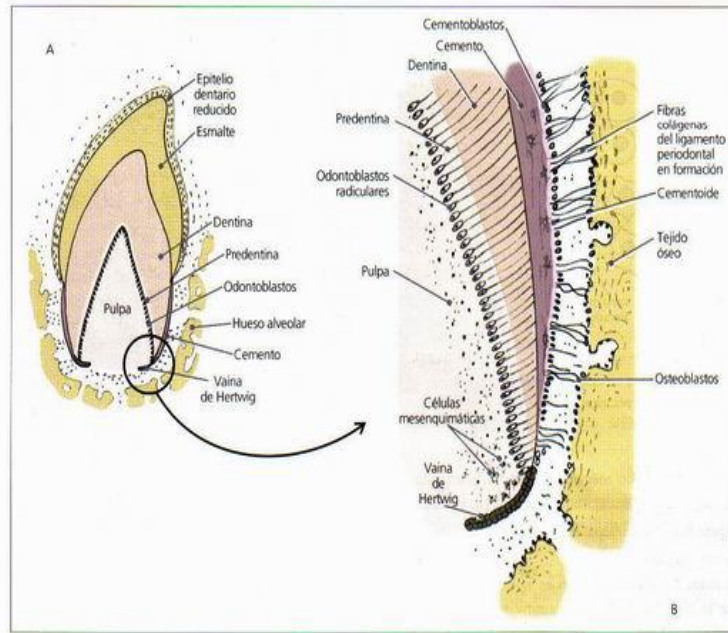


Figura 7. A: Formación radicular, estadio de folículo dentario. B: Detalle; vaina de Hertwig y cementogénesis.

Imagen # 9 (Pág. 32)

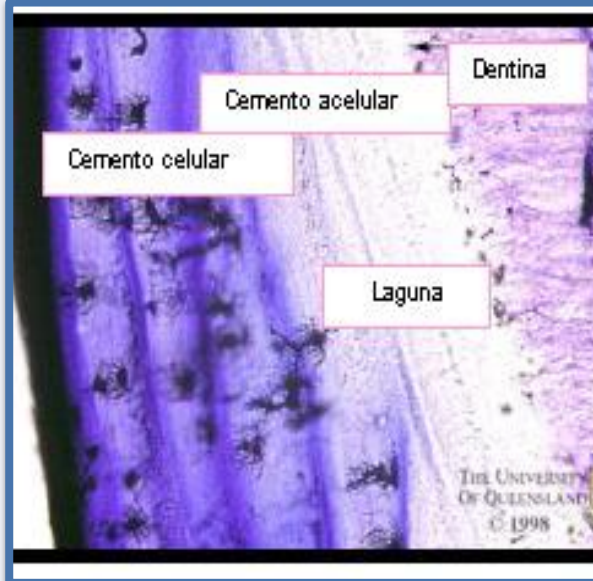


Imagen # 10 (Pág.33)

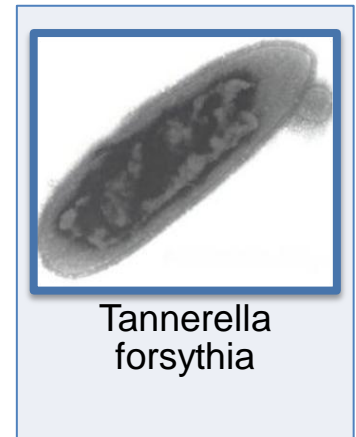
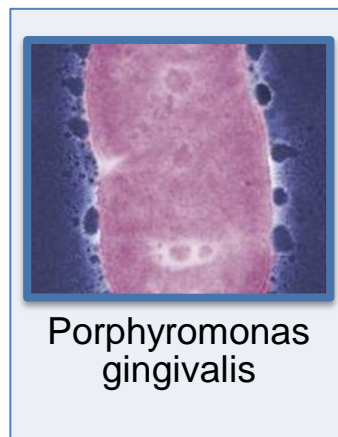
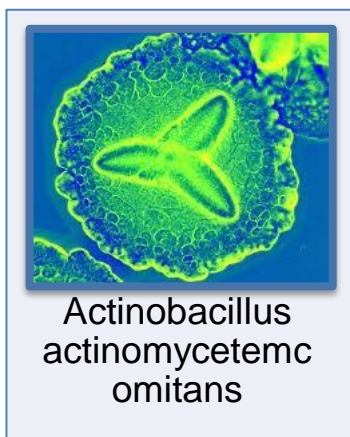
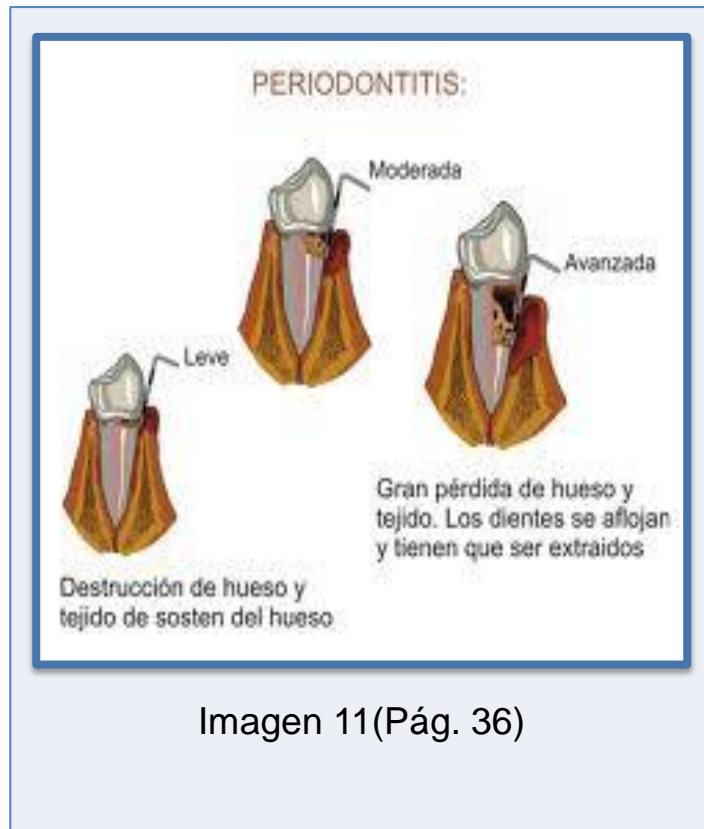


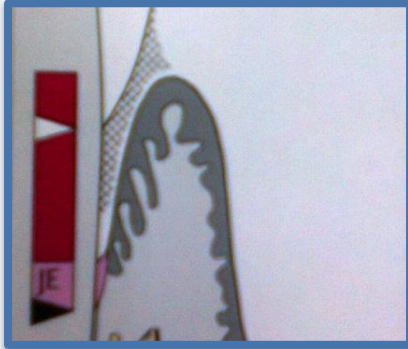
Imagen # 12 (Pág.40)



Imagen 13 (Pág. 42)



Imagen 14 (Pág. 43)



supracrestal



infracrestal

Imagen 15 (Pág.43)



Imagen 16 (Pág. 44)

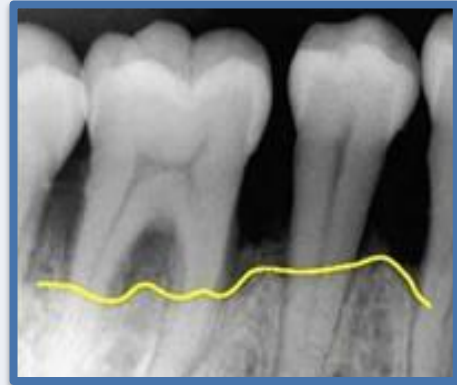


Imagen 17 (Pág. 48)



Imagen 18 (Pág. 52)



Imagen 19 (Pág. 56)



Imagen 20 (Pág.56)



Imagen 21 (Pág. 56)

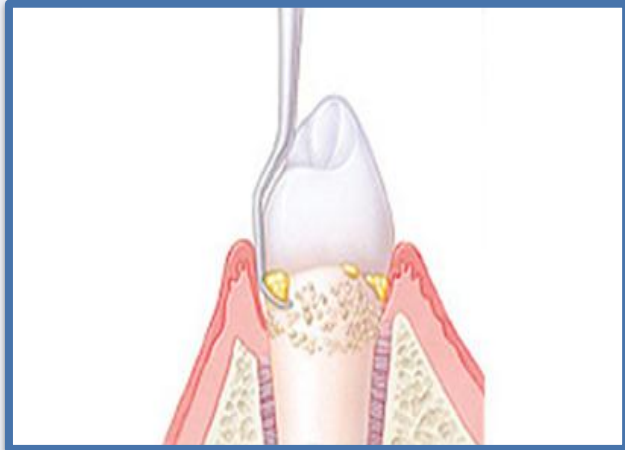


Imagen 22 (Pág. 57)



Imagen 23 (Pág. 57)



Imagen 24 (Pág.63)

ANEXOS # 4



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

ODO- OF. N° 364 – 12
Portoviejo, 7 de junio de 2012

Señor Doctor
DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD CALDERON
Ciudad

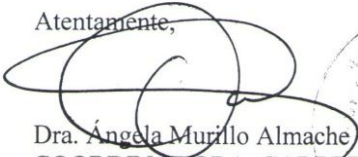
De mi consideración:

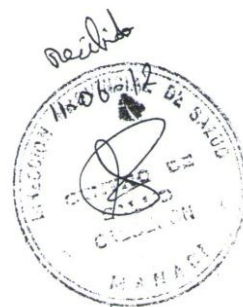
Por medio del presente, comunico a usted que la señorita: María Eugenia Vásquez Zambrano, egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, realizará su tesis previa a la obtención del título de Odontóloga, cuyo tema es: “EL NIVEL SOCIO-ECONOMICO Y SU INCIDENCIA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL”.

El tema ha sido aprobado por el Consejo Académico de la Carrera, razón por la cual, solicitamos se brinde las facilidades respectivas para que el autor pueda recolectar la información respectiva, misma que permitirá encontrar datos importantes que servirán para la elaboración de una propuesta que solucionará los problemas encontrados.

Segura de contar con su colaboración, expreso mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,


Dra. Ángela Murillo Almache
COORDINADORA CARRERA ODONTOLOGIA





Portoviejo, 20 de Junio del 2012

Señor Doctor
DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD CALDERON
Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente, solicito a Ud., me permita desarrollar la propuesta de tesis titulada: "NIVEL SOCIO-ECONOMICO Y SU INCIDENCIA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL", la cual consiste en establecer en el Centro de Salud Calderón un plan de educación continua sobre la incidencia en la enfermedad periodontal y su tratamiento. Para lo cual realizare:

- Charlas educativas sobre la enfermedad periodontal, causas y consecuencias, con la correspondiente entrega de trípticos referentes a la enfermedad periodontal.
- Un CD con videos educativos sobre la enfermedad periodontal y su tratamiento, para que sea reproducido en la sala de espera.
- Una gigantografía para que los pacientes día a día puedan instruirse sobre la periodontitis.

Segura de contar con su colaboración, expreso mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,


Srta. María Eugenia Vásquez Z.
EGRESADA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA.



ACTA DE COMPROMISO

En la parroquia "Abdón Calderón" del cantón Portoviejo, a los veinte y siete días del mes de Junio del dos mil doce, siendo las 11:00 horas de la mañana, se firmó el acta de compromiso, entre el Dr. Carlos Arteaga Pérez Director del Centro de Salud Calderón, la Dra. Pilar Pachay Ponce Odontóloga de planta y la Srta. María Eugenia Vásquez Zambrano Egresada de la Carrera de Odontología; cuyas firmas figuran al pie de la presente acta de compromiso, con el propósito de comprometerse a la realización de las charlas educativas, sobre la enfermedad periodontal, causas y consecuencias; para de esta manera mantener el **"Plan de educación continua sobre la incidencia de la enfermedad periodontal y su tratamiento"** y así de esta manera ayudar a la población Calderonense a mejorar sus niveles de salud bucal.

Puesto que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de los diferentes niveles ha desarrollado programas de educación, prevención y recuperación de la salud bucal del país, con la finalidad de mejorar la calidad de atención y la extensión de la cobertura en las áreas rurales y urbano/marginales, ya que la transformación de prioridad de tratamiento a la prevención requerirá de la dirección activa, promoción de la salud, y de charlas de prevención por los odontólogos del sistema de salud pública.

Es por todo esto que nos comprometemos a contribuir con la prevención de enfermedades bucales como la periodontitis a través de la aplicación del **"Plan de educación continua sobre la incidencia de la enfermedad periodontal y su tratamiento"**, mediante la reproducción del video, charlas y trípticos explicativos en la sala de espera del Centro de Salud de manera constante.

Siendo las once horas y treinta minutos de la mañana y no habiendo ningún inconveniente se da por finalizada el acta y se procede a estampar las firmas.



Dr. Carlos Arteaga Pérez.
**DIRECTOR DEL CENTRO DE
SALUD CALDERON.**



Dra. Pilar Pachay Ponce.
ODONTÓLOGA DE PLANTA
Centro de Salud - Calderón



Srta. María Eugenia Vásquez Z.
**EGRESADA DE LA CARRERA
DE ODONTOLOGIA**



**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD MANABI
AREA DE SALUD N°1 – PORTOVIEJO
Centro de Salud de Calderón**

Abdón Calderón, 27 de Junio del 2012

CERTIFICACIÓN

Certifico que la Srta. María Eugenia Vásquez Zambrano con C.I. 131235110 -7 Egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, realizó en esta Unidad de Salud, la investigación de campo de la tesis titulada: "EL NIVEL SOCIO.ECONOMICO Y SU INCIDENCIA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL", así como también la aplicación de la propuesta alternativa "Plan de educación continua sobre la incidencia de la enfermedad periodontal y su tratamiento", misma que consideramos como apoyo para las actividades educativas del Centro de Salud.

Sin más que acotar por el momento, la interesada puede hacer uso de la presente certificación según estime conveniente.

Atentamente,



Dr. Carlos Arteaga Pérez
DIRECTOR C. S. CALDERON



Dra. Pilar Pachay Ponce
ODONTOLOGA DE PLANTA

TEMA: El nivel socio-económico y su incidencia en la enfermedad periodontal.

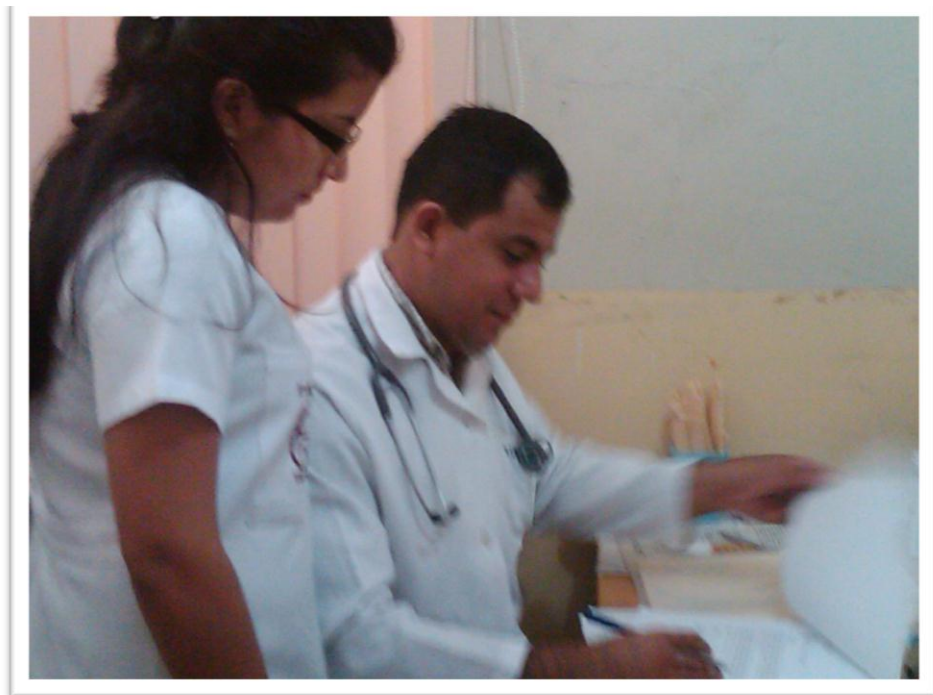
Responsable: María Eugenia Vásquez Zambrano.
EGRESADA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ASISTENTES.

Nombres y Apellidos	Firmas
Pedro Romero	Martín
Gladys Estro R	Gladys Estro R
Flore Barrera G	Flore Barrera G
Blanca de los Angeles	Salto Zambrano
Aguadita García	Aguadita García
Anfilio Becerra	Anfilio Becerra
Viterbo Zamora	Viterbo Zamora
Vicente Vela B	Vicente Vela B
José Vicente Vela	José Vicente Vela
Lidia Vera	Lidia Vera
Rosalía Eufemia	Vera Vela
Romón Pinangata	Celorio
Maria Loor	Romero
Hugo Lima Vela	Hugo Lima Vela
María Vela M	María Vela M
Rosa Agustina M	Marcos A
Jorge	Jorge Marcos
Manuel Marcos	Manuel Marcos

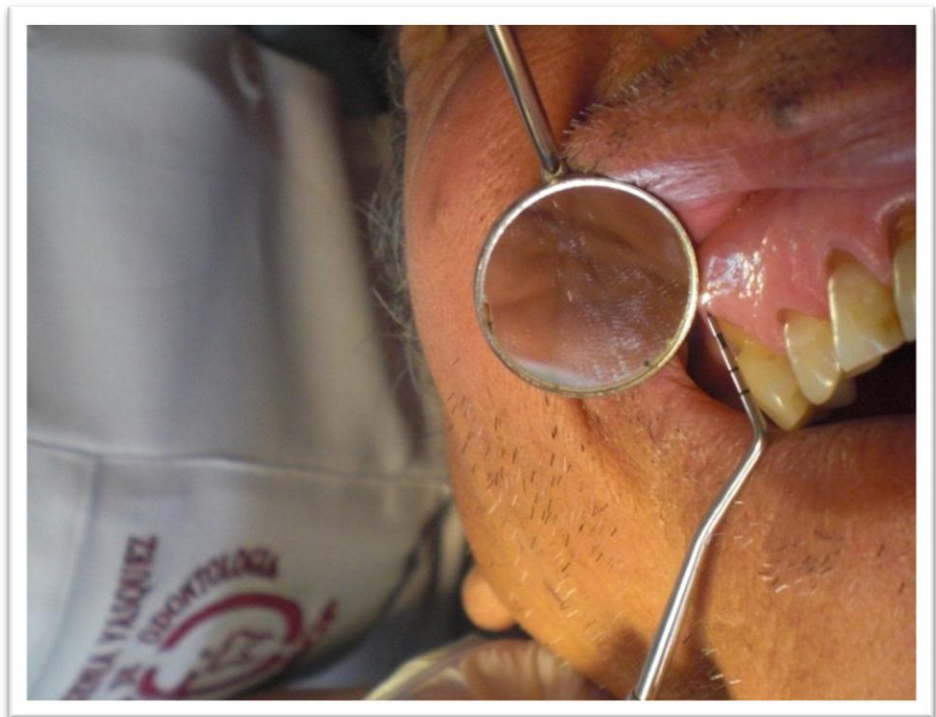
ANEXOS # 5

**REUNION CON EL DIRECTOR DE LA UNIDAD PARA
PODER REALIZAR LA INVESTIGACION DE CAMPO**

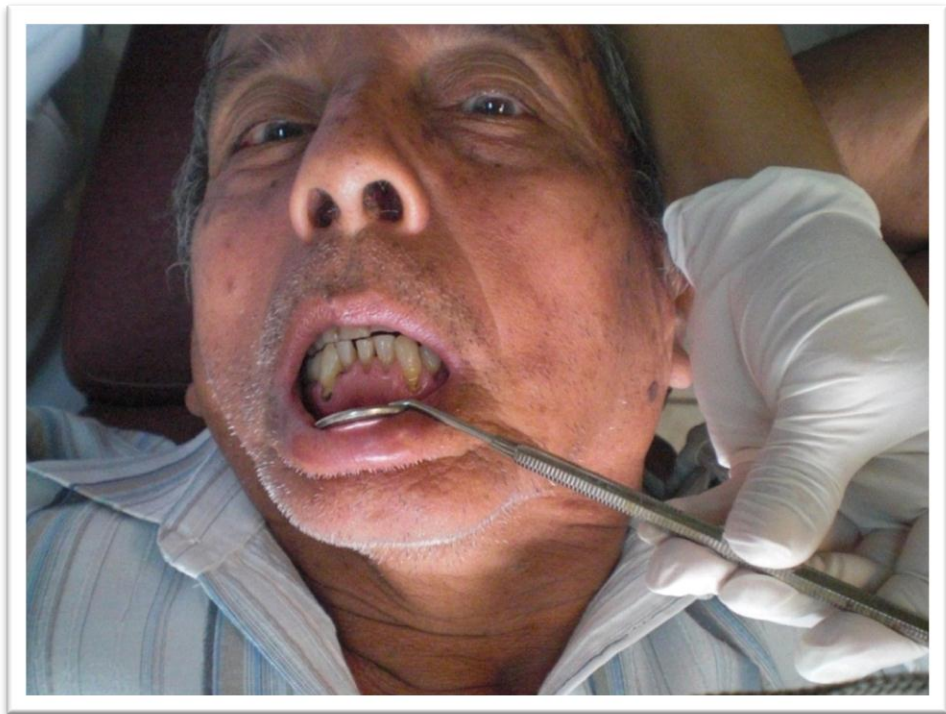


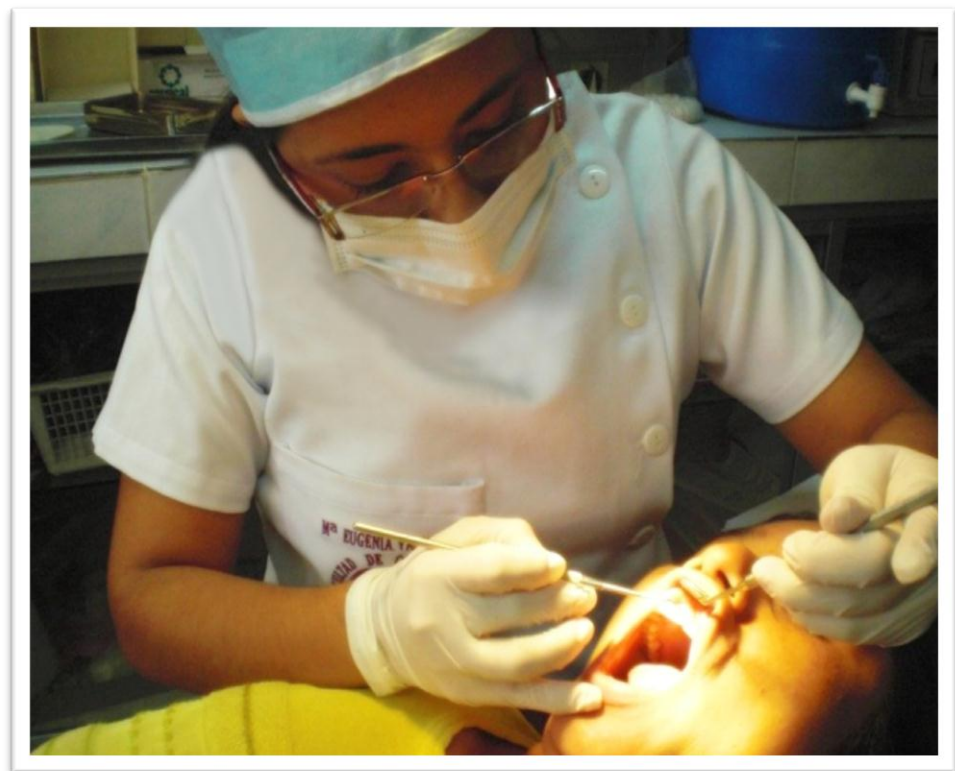
**REALIZANDO EL LLENADO DE FICHAS CLINICAS EN LOS
PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
CALDERON.**



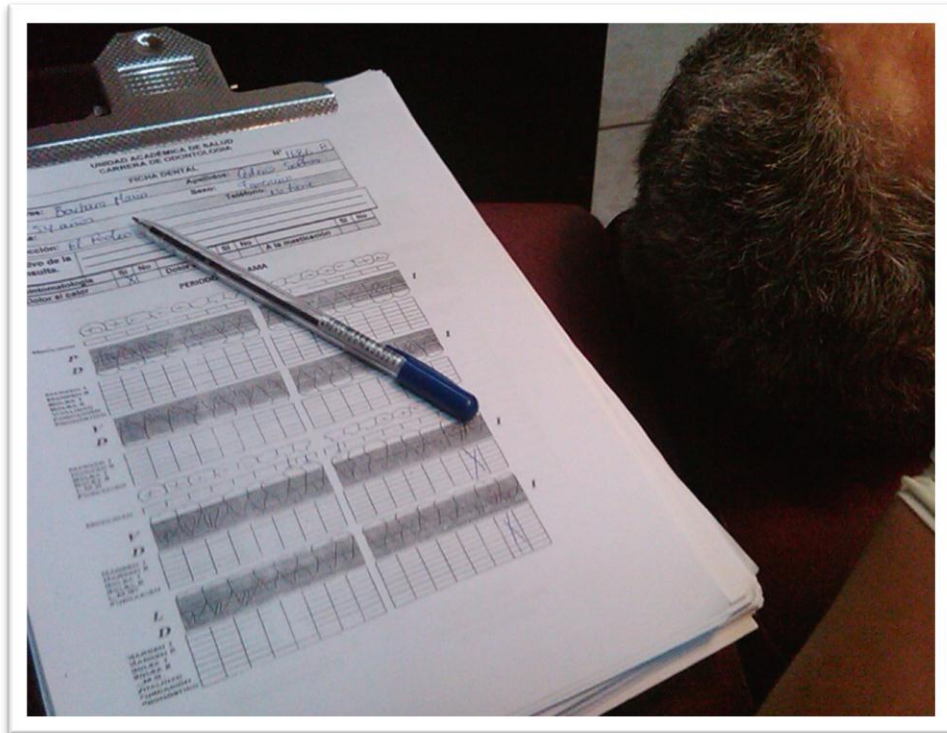


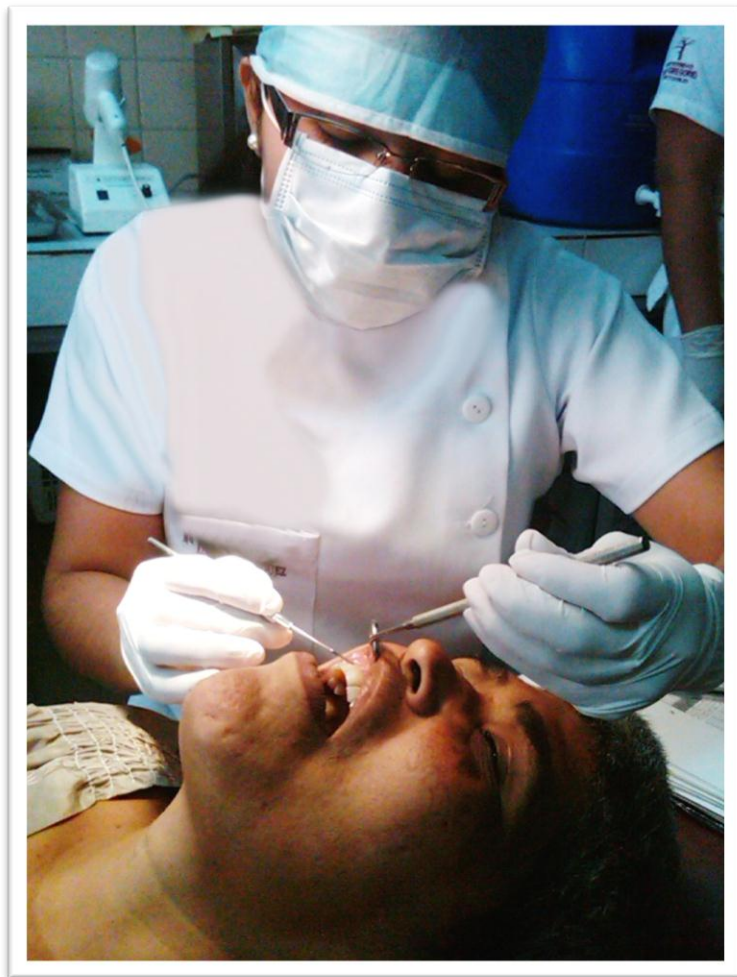
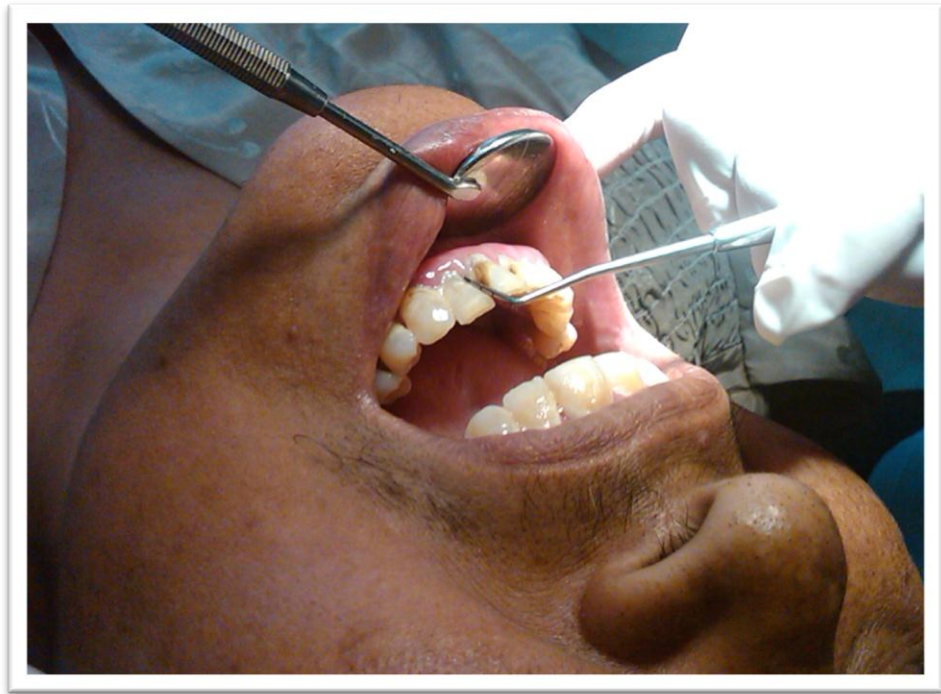




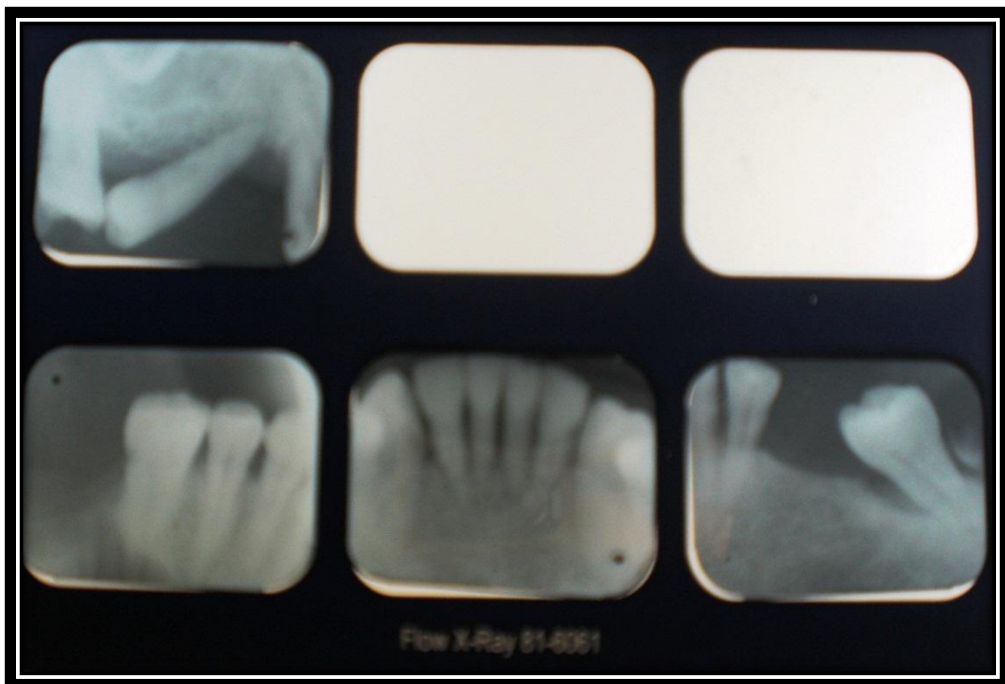
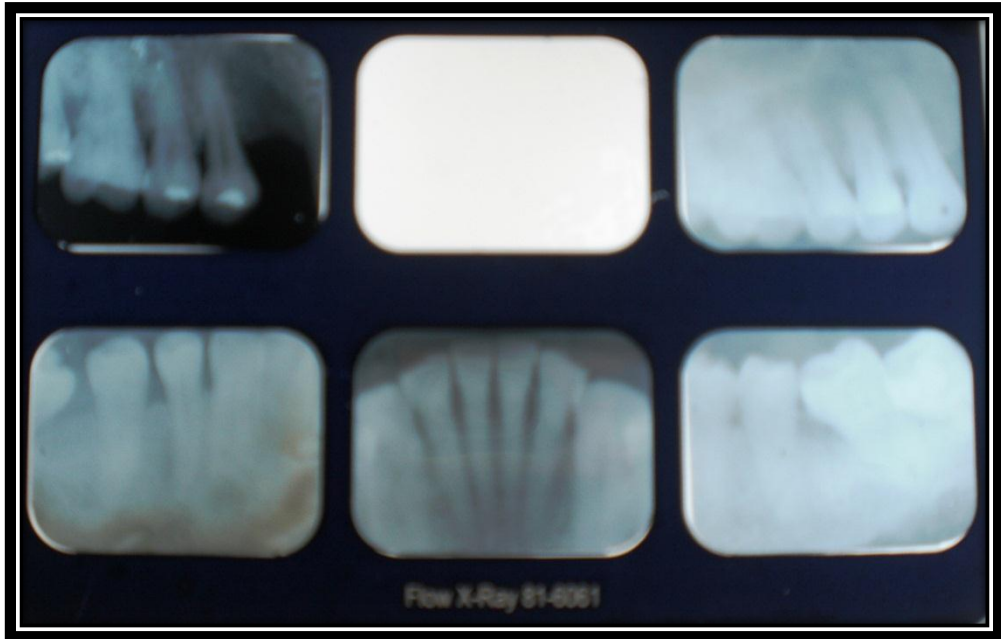








RX REALIZADAS A LOS PACIENTES



REALIZACIÓN DE ENCUESTAS A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CALDERÓN









FOTOS DURANTE LA REALIZACION DE LA PROPUESTA













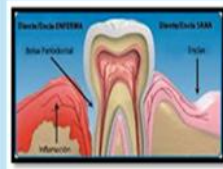






LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

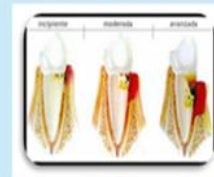
Conocida vulgarmente como piorrea, es una patología que afecta a las estructuras de soporte de los dientes



SÍNTOMAS

- Sangrado al cepillarse o al utilizar hilo dental.
- Encías que dejan al descubierto las raíces de los dientes.
- Encías enrojecidas, móviles y agrandadas
- Dientes que se empiezan a separar y están móviles.
- Cambios en la posición de la mordida de los dientes.
- Mal aliento persistente
- Sensibilidad a los alimentos calientes, fríos, dulces, etc.

ETAPAS



CAUSAS



EFECTO



PÉRDIDA DENTAL

PREVENCIÓN



- Cepillarse tres veces al día, incluyendo la lengua.
- Evitar comer alimentos dulces entre comidas.
- Utilizar enjuagues bucales que tenga propiedades anti placa.
- Es sugerible llevar una alimentación balanceada
- Consumir abundante agua

TRATAMIENTO

- *DETARTRAJE
- *RASPADO Y ALISADO
- *RADICULAR
- *PROFILAXIS



Sra. María Eugenia Vasquez Z
EGRESADA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Cuidado dental



- Cepillarse los dientes 3 veces al día o después de las comidas
- Utilizar hilo dental
- Utilizar enjuague dental
- Cambiar el cepillo cada 3 meses
- Lleve una dieta equilibrada y evite el picoteo entre comidas
- Visite a su dentista regularmente para recibir limpiezas profesionales.



FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA FORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

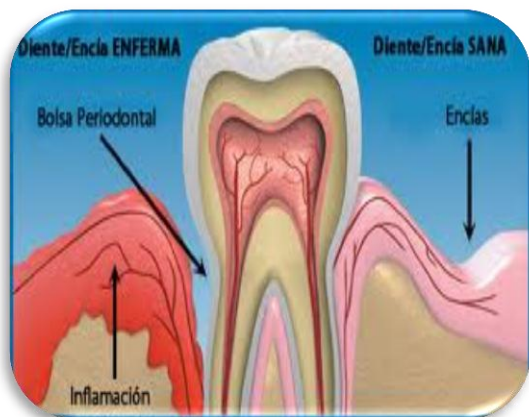
- Tabaco
- Alimentación con bajos niveles nutritivos
- Cambios hormonales, sobre todo en las mujeres
- Diabetes
- Estrés
- Medicamentos que se consumen de manera diaria y constante (anticonceptivos orales y antidepresivos entre otros).
- Sida
- Factores genéticos



M^a Eugenia Vásquez Z.

Egresada de la Carrera de
Odontología

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL



Es una patología que afecta a las estructuras de soporte de los dientes.

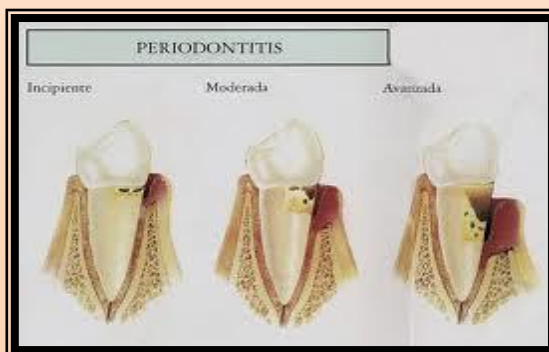
Se produce por las bacterias que se encuentran en la placa bacteriana, originando infección e inflamación de los tejidos.

SINTOMAS

- Sangrado al cepillarse o al utilizar hilo dental.
- Encías que dejan al descubierto las raíces de los dientes



- Encías enrojecidas, móviles y agrandadas



- Dientes que se empiezan a separar y están móviles.
- Cambios en la posición de la mordida de los dientes.
- Mal aliento persistente



- Sensibilidad a los alimentos calientes, fríos, dulces, etc.
- Pérdida dental.

